



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

**ЧАСТНАЯ ПРОПЕДЕВТИКА.
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО
ПУЛЬМОНОЛОГИИ И
НЕФРОЛОГИИ**

**Кемерово
КемГМА
2011**

**ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию**

ЧАСТНАЯ ПРОПЕДЕВТИКА. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ

Учебное пособие

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям: 060101 65 – Лечебное дело, 060103 65 – Педиатрия, 060104 65 – Медико-профилактическое дело.

**Кемерово
КемГМА
2011**

УДК [616-07+616.24+616.6](076.1)
ББК 54.10
Ч 240

Ч 240 Частная пропедевтика. Ситуационные задачи по пульмонологии и нефрологии / Т.А. Раскина, В.Г. Шелихов, А.М. Вавилов, Т.В. Протасова. – Кемерово, 2011. – 95 с.

В настоящем пособии предложены наиболее типичные клинические задачи по пульмонологии и нефрологии, решение которых будет способствовать развитию клинического мышления у обучающихся. Эталоны ответов на предлагаемые задачи позволят студентам проверить себя в вопросах диагностики и закрепить полученные ранее теоретические знания.

Пособие рассчитано как на самостоятельную подготовку к занятиям, так и на работу во время практических занятий при изучении частной патологии.

УДК [616-07+616.24+616.6](076.1)
ББК 54.10

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

- Э.И. Белобородова – д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ, зав. кафедрой терапии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов ФУС ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
- И.О. Гибадулина – д.м.н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической помощи ФГОУ ВПО «Томский военно-медицинский институт МО РФ»

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
1. Пульмонология	5
2. Нефрология	47
3. Эталоны ответов:	
Пульмонология	61
Нефрология	85
Список литературы	95

ВВЕДЕНИЕ

Формирование клинического мышления у студентов III курса начинается с изучения пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии. Освоение методик обследования больных, первые встречи с пациентами, осмысление теоретического материала, лежит в основе формирования специалиста.

К сожалению, имеющиеся учебники по пропедевтике внутренних болезней, по объективным причинам, не могут включать такой раздел частной пропедевтики, как решение ситуационных задач. Вместе с тем, он является логическим завершением изучаемого ранее материала и крайне важным для формирования клинического мышления у студентов.

Настоящее пособие подготовлено с целью обучения студентов умению на основании данных проведенного ранее расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации выделить основные и ведущие синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести необходимые параклинические исследования и обосновать заключительный диагноз.

В данном пособии приведены наиболее типичные задачи по пульмонологии и нефрологии, а также эталоны ответов. Пособие рассчитано как для самостоятельной подготовки к занятиям, так и для работы на практических занятиях.

Авторы надеются, что данное пособие поможет студентам закрепить знания по пропедевтике внутренних болезней и будет способствовать улучшению диагностического процесса.

Авторы будут благодарны читателям за конструктивные предложения по совершенствованию содержания и формы предлагаемого учебного пособия.

1. ЗАДАЧИ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ

ЗАДАЧА № 1

Больной А., 52 года, шахтер, обратился к врачу с жалобами на кашель периодический в течение дня, с мокротой желтого цвета в небольшом количестве, чаще по утрам, отходящей с трудом, одышку с затруднением выдоха при значительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,5°C.

Из анамнеза: в течение 15-ти лет работал в шахте и, связывая кашель с условиями труда и курением, не лечился. Кашель сопровождался выделением небольшого количества светлой мокроты. 5 лет назад появился утренний кашель изменился цвет мокроты - она стала слизисто-гнойной, появилась склонность к простудным заболеваниям. Лечился домашними средствами. Настоящее ухудшение в течение 3-х дней, когда после охлаждения появились вышеуказанные жалобы. Принимал аспирин без эффекта. Госпитализирован.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Серый диффузный цианоз, неинтенсивный. Кожные покровы теплые, повышенной влажности. Отеков нет. ЧД 24 в мин. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, несколько удлинен выдох. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Голосовое дрожание проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание и рассеянные гудящие и жужжащие хрипы. Границы относительной тупости сердца не смещены. При аускультации сердца: ритм правильный, тоны приглушены, соотношение тонов не нарушено, ЧСС 88 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 140 г/л, Эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0. Лейк. - $9,8 \times 10^9/л$; э – 1%, п/я – 7%, с/я – 78%, л – 13%, м – 1%; СОЭ – 28 мм/час.
2. ОАМ: прозрачная, отн. плотность – 1,020; лейкоц. – 1-2 в п.зр.
3. Анализ мокроты общий: цвет желтый, консистенция слизистая, лейкоц. 15-20 в п.зр, эпителий 2-5 в п.зр.
4. Рентгенография ОГК: перибронхитический пневмосклероз, эмфизема, изменений со стороны сердца нет.
5. Данные спирометрии: ЖЕЛ – 90%, ОФВ₁ – 78%, ОФВ₁/ЖЕЛ – 72%.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления утреннего кашля.
4. Объясните механизм возникновения сухих хрипов.
5. Оцените недостающие в задаче данные перкуссии легких.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените показатели спирометрии.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 2

Больной А., 60-ти лет, строитель, обратился к врачу с жалобами на громкий приступообразный кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, преимущественно по утрам, одышку с затруднением выдоха в покое, повышение температуры тела до 38,2°C.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 15-ти лет. Заболевание связывает с работой на стройке и длительным стажем курения (40 лет). В течение первых 2-3-х лет кашель был сухим, эпизодическим, в последующем стал постоянным, усиливался при присоединении ОРВИ. Последние 5 лет появилась мокрота вязкая, светлая, отходящая с трудом, с этого же времени отмечает постоянную одышку с затруднением выдоха при нагрузке. Неоднократно лечился в стационаре. Настоящее ухудшение в течение недели: после охлаждения усилился кашель, мокрота стала желтого цвета, появилась одышка в покое. Не лечился.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Диффузный теплый цианоз. Отеки на ногах. ЧД 28 в мин. Аускультативно дыхание жесткое, множество гудящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, в подлопаточных областях небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. Тоны сердца приглушены, частотой 88 в мин, ритм правильный, у основания мечевидного отростка ослабление I-го тона, здесь же определяется систолический шум. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, край ровный, округлый.

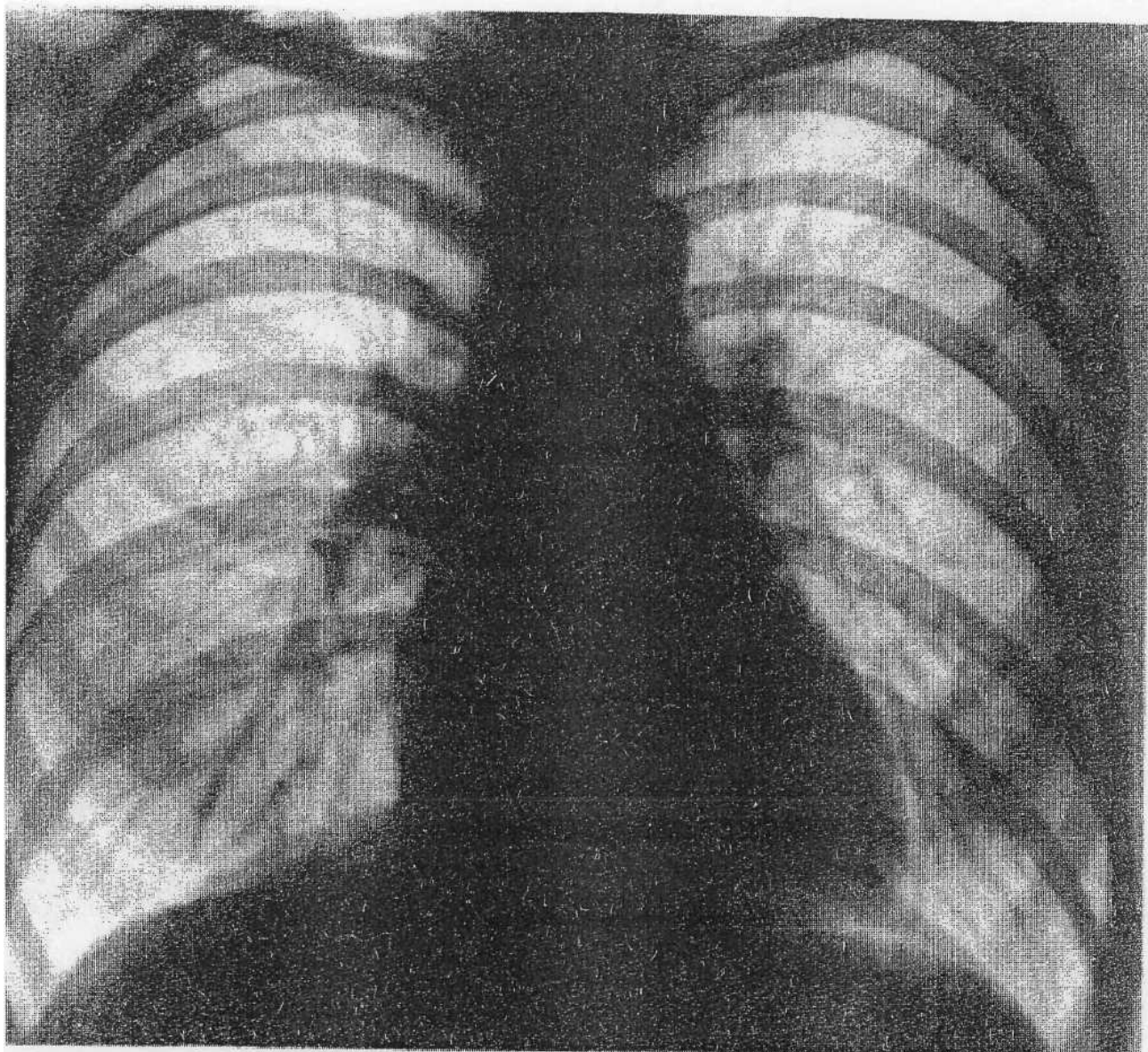
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 140 г/л, ЦП – 1,0; лейкоц. – $10,2 \times 10^9$ /л, э – 2%, п/я – 7%, с/я – 76%, л – 14%, м – 1%, СОЭ – 31 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, отн. плотность – 1,018; лейкоц. – 2-3 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий – 18,4 мкмоль/л, прямой – 4,4 мкмоль/л, не прямой – 14,0 мкмоль/л; сахар – 4,5 ммоль/л, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л.
4. Рентгенография органов грудной клетки (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм образования сухих и влажных хрипов.
4. Объясните механизм ослабления I-го тона и систолического шума у основания мечевидного отростка, увеличения печени и отеков.
5. Оцените недостающие в задаче данные: перкуссия легких, границы относительной сердечной тупости, свойства мокроты.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените рентгенограмму.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма органов грудной клетки:



ЗАДАЧА № 3

Больная П., 40 лет, домохозяйка, обратилась к врачу с жалобами на приступы удушья, чаще в ночное время, редкий кашель с небольшим количеством светлой вязкой мокроты.

Из анамнеза заболевания: с 35 лет больна хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. не лечилась. При поездке в лес 2 года назад возникло слезотечение, насморк, непродуктивный кашель и одышка с чувством затрудненного выдоха, которая в течение часа достигла приступа удушья. Подобные приступы возникали 3-4 раза в год после психоэмоциональных стрессов, посещения дачи, при обострении бронхита. Пользовалась ингаляторами. Настоящее ухудшение после переохлаждения 4 дня назад: повысилась температура тела до 37,6°C, появился кашель с трудноотделяемой мокротой. Сегодня ночью внезапно усилился сухой кашель, появилась одышка, прием ингаляторов не дал эффекта.

Из анамнеза жизни: не переносит пыльцу цветов, деревьев, цитрусовые, малину, витамины группы В и препараты пенициллинового ряда.

Объективно:

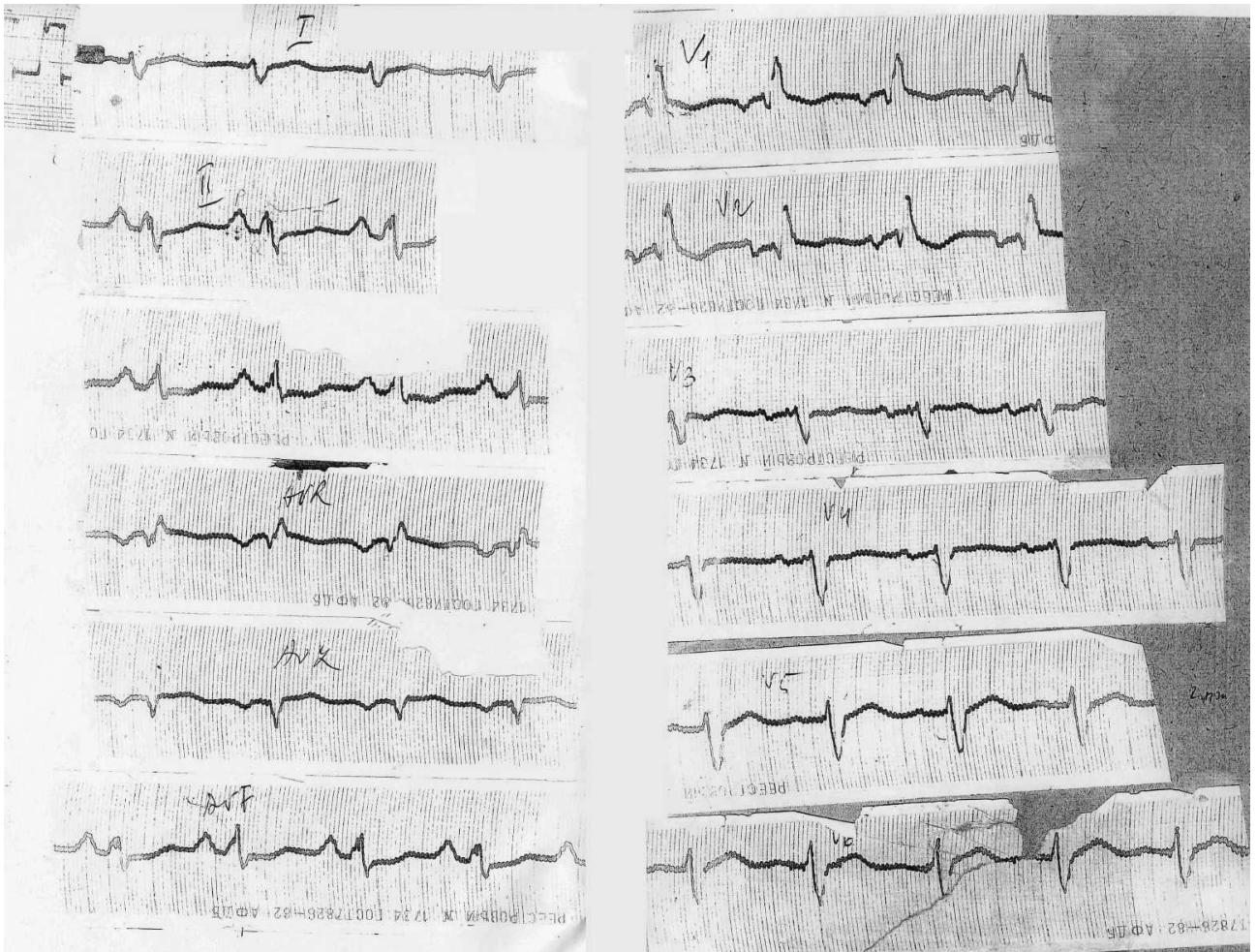
Состояние тяжелое, стоит, опираясь на руки перед собой. Диффузный серый цианоз. Кожа влажная. ЧД 20 в мин, выдох резко удлинен. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание поверхностное. Над легкими коробочный звук, выслушивается жесткое дыхание, жужжащие и свистящие хрипы. Ритм сердечной деятельности учащен до 100 в 1 мин., тоны приглушены, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0. Лейк. – $10,9 \times 10^9/л$, э – 8%, п/я – 7%, с/я – 73%, л – 12%. СОЭ – 18 мм/час
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность – 1,018; лейкоц. – ед в п.зр.
3. Сахар - 4,2 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, общий белок 70 г/л.
4. ЭКГ.
5. Анализ мокроты: стекловидная, содержит спирали Куршмана, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм возникновения хрипов и одышки.
4. Объясните механизм непродуктивного кашля.
5. Оцените недостающие в задаче данные: голосовое дрожание, основной дыхательный шум, основные показатели ФВД, рентгеновский снимок легких.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените данные ЭКГ
8. Обоснуйте уточненный диагноз.



ЗАДАЧА № 4

Больной З., 65 лет, пенсионер, жалуется на кашель, с отхождением светло-желтой мокроты до 200-300 мл в сутки, преимущественно по утрам, полным ртом, смешанную одышку в покое, слабость, недомогание, повышение температуры до 38,7°C.

Из анамнеза заболевания: бронхит с детства, кашель, чаще сухой, постепенно усиливался, около 20 лет назад начала отходить мокрота, количество которой увеличивалось, достигая 200-300 мл/сут., в последние годы появилась смешанная одышка. Лечился в стационаре, эффект непродолжительный. Настоящее ухудшение в течение недели, когда после переохлаждения, усилилась одышка, увеличилось количество желтой мокроты, поднялась температура.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, больной истощен, теплый серый цианоз, ногти в виде часовых стеклышек, пальцы в виде барабанных палочек, пастозность голеней, грудная клетка бочкообразной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧД 28 в мин. Дыхание жесткое, хрипы жужжащие, а в подлопаточных областях с обеих сторон – влажные, звучные среднепузырчатые. Тоны сердца приглушены, 100 в мин, I тон у основания мечевидного отростка ослаблен, здесь же систолический шум. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень безболезненная, на 3 см выступает из-под края реберной дуги, край округлый, поверхность ровная.

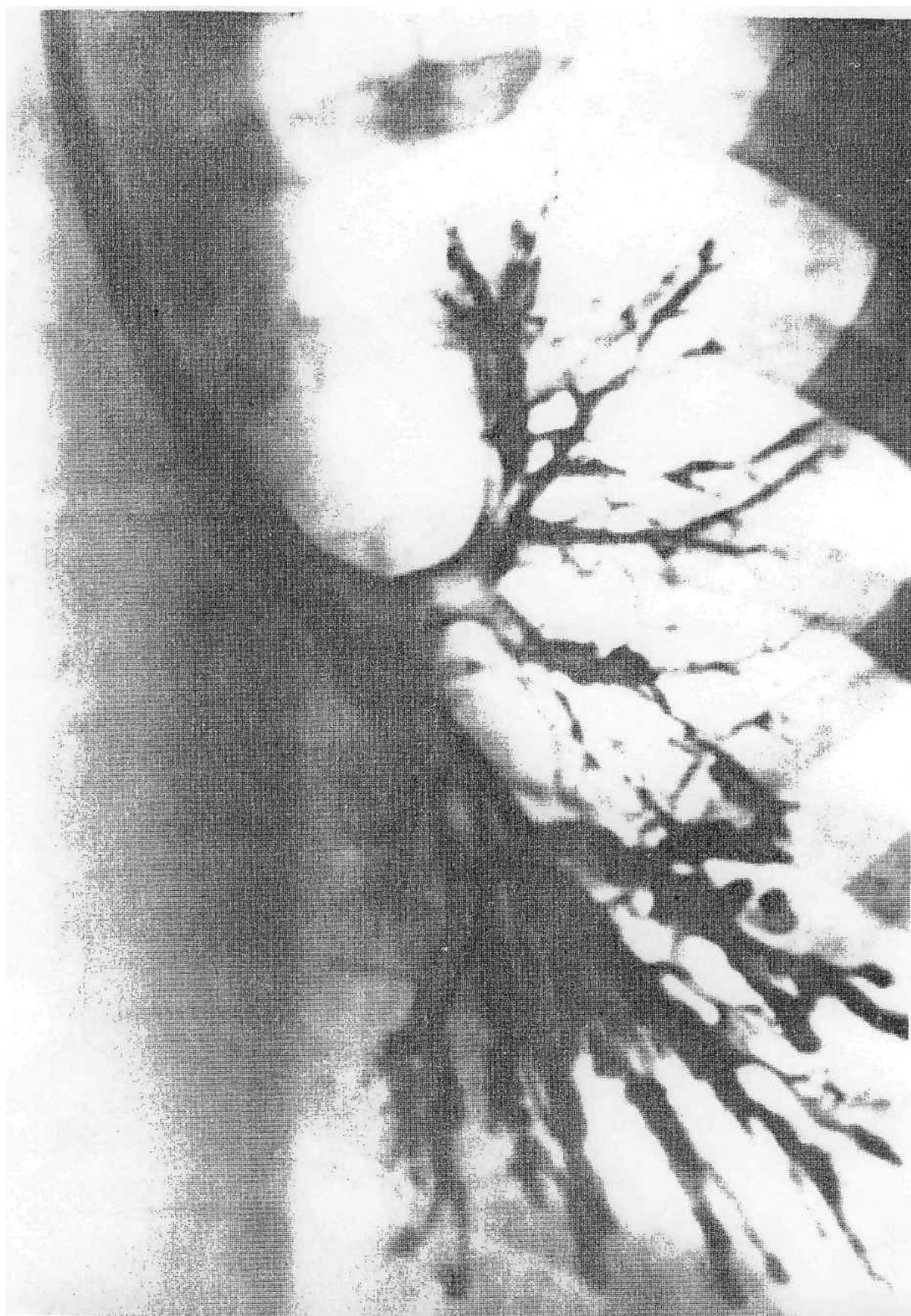
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9; лейкоц. – $10,4 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 78%, л – 13%, м – 1%, СОЭ – 28 мм/час.
2. Билирубин общий – 19,5 мкмоль/л, прямой – 4,1 мкмоль/л, не прямой – 15,4 мкмоль/л; креатинин – 0,13 ммоль/л, общий белок 60 г/л, сахар крови 4,6 ммоль/л.
3. Спирометрия: ОФВ₁ 50%, индекс Тиффно 65%.
4. Бронхография.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм влажных хрипов и отхождения большого количества мокроты по утрам.
4. Объясните механизм ослабления I тона и систолического шума у основания мечевидного отростка, механизм гепатомегалии и пастозности голеней.
5. Оцените недостающие в задаче данные: перкуссия легких, границы относительной сердечной тупости, анализ мокроты.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените данные бронхографии.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Бронхография:



ЗАДАЧА № 5

Больной 56 лет, обратился с жалобами на одышку, с затруднением выдоха, возникающую при физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты желтого цвета в небольшом количестве, слабость, повышение температуры до 37,4°C.

Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом в течение 20 лет. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно в домашних условиях. Настоящее ухудшение около недели, когда стал отмечать ознобы, усиление кашля с мокротой желтого цвета, появилась одышка при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза жизни: шахтерский стаж 15 лет, курит по 1,5 пачки папирос в день в течение 30 лет.

Объективно:

Общее состояние средней степени тяжести. Диффузный розовый цианоз, нормальная влажность кожи. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. ЧД 25 в мин. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. При перкуссии - коробочный звук, нижние границы легких смещены вниз. В легких дыхание жесткое, над всеми легочными полями свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при глубоком дыхании. Бронхофония не усилена. Тоны сердца приглушены, правильного ритма и соотношения, частотой 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезнен. Размеры печени по Курлову 9×8×7см. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. – $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,0 \times 10^9$ /л; э – 1%, п/я – 5%, с/я – 79%; л – 14%, м – 1%, СОЭ 12 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность 1,020; белок – отр., ацетон – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр.
3. Рентгенография ОГК: расширение межреберных промежутков, повышенная воздушность легочной ткани, усиление легочного рисунка, опущение диафрагмы, границы сердца не смещены.
4. АЛТ – 0,34 ммоль/л, АСТ – 0,36 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л.
5. Спирометрия: ОФВ₁-70%, ОФВ₁/ФЖЕЛ-60%.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните наличие лейкоцитоза в крови.
4. Механизм возникновения одышки.
5. Определите индекс курильщика.
6. Оцените результаты пневмотахометрии.
7. Оцените ОАМ.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 6

Больной К., 49 лет жалуется на одышку с затруднением выдоха постоянного характера, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, кашель с отхождением зеленоватой мокроты.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 27 лет, когда впервые появился кашель с отхождением светло-серой мокроты в небольшом количестве. Около 5-ти лет назад стала появляться одышка с затрудненным выдохом при физической нагрузке. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда после перенесенного ОРВИ усилилась одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты и она приобрела гнойный характер, температура сохранялась на уровне $37,3^{\circ}$ – $37,9^{\circ}$. Лечился амбулаторно, количество мокроты несколько уменьшилось, но отходит она с трудом, температура сохранялась.

Из анамнеза жизни: курит в течение 36 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы теплые, достаточной влажности, умеренно выражен диффузный цианоз. Отмечается снижение тонуса грудных мышц. Грудная клетка бочкообразной формы, слабо участвует в акте дыхания, заметно участие в дыхании мышц плечевого пояса, ЧД 22 в мин. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон, при перкуссии над легкими коробочный звук, дыхание жесткое, по всем легочным полям рассеянные жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, правильного ритма, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка. ЧСС-88 в мин. АД-130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову $9 \times 8 \times 7$ см. Селезенка не пальпируется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 155 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $11,5 \times 10^9$ /л, э – 0%, п/я – 2%, с/я – 80%, л – 18%, м – 0%, СОЭ 12 мм/час.
2. Общий билирубин - 18,5 мкмоль/л, прямой – 4,2 мкмоль/л, не прямой – 14,3 мкмоль/л.
3. ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого желудочка.
4. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, лейкоц. – 25-30 в п.зр.
5. Спирометрия: ОФВ1- 49%, ОФВ1/ФЖЕЛ-60%.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите ИК.
4. Механизм ослабления I тона над основанием мечевидного отростка.
5. Оцените общий анализ мокроты.
6. Назначьте дополнительные исследования мокроты.
7. Оцените результаты спирометрии.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №7

Больная С., 25 лет поступила в приемное отделение с жалобами на выраженную одышку с затруднением выдоха, достигающую до удушья, плохо купируемую приемом сальбутамола.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 2-х лет, когда стала отмечать появление одышки с затруднением выдоха во время прогулок, особенно весной, кашля с небольшим количеством вязкой мокроты. Обратилась в поликлинику, было проведено обследование и установлен диагноз, назначен сальбутамол. В последние месяцы приступы одышки возникали с частотой 2 -3 в месяц. Настоящее ухудшение возникло во время прогулки по парку, прием 4 ингаляций сальбутамола не оказал должного эффекта, вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в стационар.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное: сидит, опираясь на руки. Кожные покровы светло-розового цвета, повышенной влажности. Грудная клетка симметричная, выдох удлинен. ЧД 22 в мин. Голосовое дрожание проводится равномерно с обеих сторон, над легкими легочный звук с коробочным оттенком. В легких дыхание везикулярное с удлиненным выдохом, по всем легочным полям свистящие хрипы. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частотой 100 в мин. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 125 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, э – 10%, п/я – 2%, с/я – 65%, л – 18%, м – 3%, б – 2, СОЭ 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность 1,020; белок – отр., лейкоц – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п.зр.
3. Общий анализ мокроты: слизистая, вязкая, эозинофилы – 3-4 в п.зр., эп. – большое количество, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.
4. Рентгенография ОГК: очаговых и инфильтративных изменений нет, корни легких слегка расширены, синусы свободны. Сердце без особенностей.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 108 в мин., эл. ось сердца расположена нормально.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования бронхиальной обструкции.
4. Оцените показатели ЭКГ.
5. Оцените общий анализ мокроты.
6. Оцените ОАМ.
7. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №8

Больной К., 35 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на приступ удушья, кашель с отхождением небольшого количества вязкой мокроты, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: первые приступы удушья стали возникать после перенесенного острого бронхита пять лет назад. Приступам предшествовал короткий эпизод сухого кашля, с отхождением в конце приступа тягучей слизистой мокроты в небольшом количестве. После подбора лекарственных препаратов научился самостоятельно справляться с приступами. Регулярно принимает бронхолитическую терапию. Настоящее ухудшение возникло при переохлаждении во время прогулки по улице, повторное применение ингаляторов приступ одышки не сняло, была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно:

Состояние тяжелое. Больной сидит с наклоном тела вперед, опираясь на руки. Разговаривает отдельными фразами, возбужден. Кожные покровы повышенной влажности с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразной формы, слабо участвует в акте дыхания. В акте дыхания участвуют мышцы плечевого пояса и брюшного пресса. Дыхание шумное, свистящее, ЧД-18 в мин. При перкуссии над всеми легочными полями коробочный звук. В легких дыхание жесткое, по всем легочным полям свистящие хрипы. Набухание шейных вен. Ритм сердечной деятельности учащен, тоны резко ослаблены, соотношение тонов правильное. ЧСС-110 в мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, э – 12%, п/я – 2%, с/я – 68%, л – 18%, м – 0%, СОЭ 12 мм/час.
2. Общий анализ мокроты: слизистая, без запаха, эозинофилы -12-20 в п.зр., эп. - большое количество, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.
3. Спирометрия после купирования приступа: ОФВ1- 50% от исходного, проба Тиффно -65%, проба с беродуалом положительная.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Оцените данные ОАК.
4. Механизм возникновения бронхиальной обструкции.
5. Оцените общий анализ мокроты.
6. О чем свидетельствует положительная проба с беродуалом.
7. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимы для постановки достоверного диагноза.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №9

Больной С., 28 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты зеленоватого цвета в умеренном количестве, без запаха, одышку с затруднением выдоха при физической нагрузке, проходящую в покое, повышение температуры до 38,0°C, головные боли, общую слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: ухудшение состояния постепенное с появления слабости, учащения кашля, мокрота вместо серой стала зеленой, температура поднялась до 38,0°C. На следующий день появилась экспираторная одышка, лечился самостоятельно жаропонижающими средствами, температура временно снизилась, но в последние два дня вновь повысилась, усилилась одышка с затруднением выдоха, кашель приобрел постоянный характер, самочувствие ухудшилось.

Из анамнеза жизни: работает водителем, курит в течение 8 лет по 0,5 пачки сигарет в день.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы повышенной влажности, горячие, грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Дыхание смешанное, средней глубины. ЧД-23 в мин. Голосовое дрожание проводится симметрично с обеих сторон, над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание жесткое, с большим количеством жужжащих хрипов. Тоны сердца прослушиваются плохо, учащены до 100 в мин., соотношение тонов правильное. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $13,0 \times 10^9/л$, э – 1%, п/я – 4%, с/я – 75%, л – 18%, м – 2%, СОЭ 18 мм/час.
2. ОАМ: цвет желтый, отн.плотность 1,025; кислая, белок – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр.
3. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, сгустки фибрина, лейкоц. 25-30 в п/зр., эп. – 10-15 в п.зр.
4. Рентгенография ОГК: очаговых и инфильтративных изменений нет, синусы свободны, изменений со стороны сердца нет.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм образования кашля?
4. Оцените ОАК.
5. Оцените данные рентгенографии ОГК?
6. Оцените общий анализ мокроты.
7. Определите Индекс курильщика.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 10

Больной Ж, пенсионер, 65 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку с затрудненным выдохом, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, кашель с небольшим количеством трудно отходящей вязкой мокроты зеленоватого цвета, без запаха, повышение температуры до 37,4°C, общую слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около 50-ти лет. Беспокоило покашливание по утрам, с редко отходящей светлой мокротой в небольшом количестве. В течение последних 3-х лет отмечает постепенное присоединение одышки с чувством затрудненного выдоха, вначале лишь при физической нагрузке, затем при спокойной ходьбе. Последнее ухудшение состояния больной связывает с перенесенной вирусной инфекцией. Участился кашель, мокрота стала вязкой, зеленого цвета, отходила с трудом, усилилась одышка, повысилась температура до 38°C, усилилась одышка.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Легкий диффузный цианоз, ногти в виде «часовых стекол». Грудная клетка бочкообразная, симметричная в покое и при дыхании; дыхание поверхностное, ослабленное, ЧД 28 в 1 мин. Дыхание жесткое, бронхофония не определяется. При покашливании появляется набухание шейных вен. Сердечный толчок не определяется. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 96 ударов в 1 мин. Живот втянут, практически не участвует в дыхании, печень не увеличена.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Hb – 178 г/л, эр. – $7,5 \times 10^{12}/л$, ЦП. - 0,95; лейкоц. - $10,4 \times 10^9/л$; э – 1%, п – 8%, с – 73%, л – 18%, СОЭ 18 мм/ч.
1. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, двухслойная, лейкоц. 10–18 в п. зр., эп. 2-5 в п.зр.
2. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 96 ударов в мин., электрическая ось сердца отклонена вправо, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм формирования ведущего синдрома?
4. Что, с наибольшей вероятностью, можно выявить при перкуссии легких?
5. Оцените данные аускультации сердца.
6. Оцените данные ЭКГ.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 11

Больной К., учитель, 53 лет, доставлен по скорой помощи в дежурное пульмонологическое отделение в связи с жалобами на одышку с затруднением выдоха, достигающую до степени удушья, редкий сухой кашель, повышение температуры до 37,7°C, сердцебиение, слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около десяти лет, после перенесенного ОРВИ. Приступы удушья стали появляться при переохлаждении, уборке в доме, работе со старыми книгами. Постепенно приступы становились более выраженными, оканчивались отхождением светлой тягучей мокроты в небольшом количестве. Больной по рекомендации лечащего врача при приступах стал принимать сальбутамол. Последнее ухудшение связано с ремонтом в доме. Приступы удушья стали учащаться и протекали более тяжело, сальбутамол мало помогал, стал использовать другие ингаляторы. Сегодня приступ беспокоит больного в течении 2-х часов. Бригада скорой медицинской помощи не смогла снять приступ и доставила больного в дежурную клинику.

Из анамнеза жизни: живет около угольного разреза, курит более 20 лет, за день выкуривает около пачки сигарет.

Объективно:

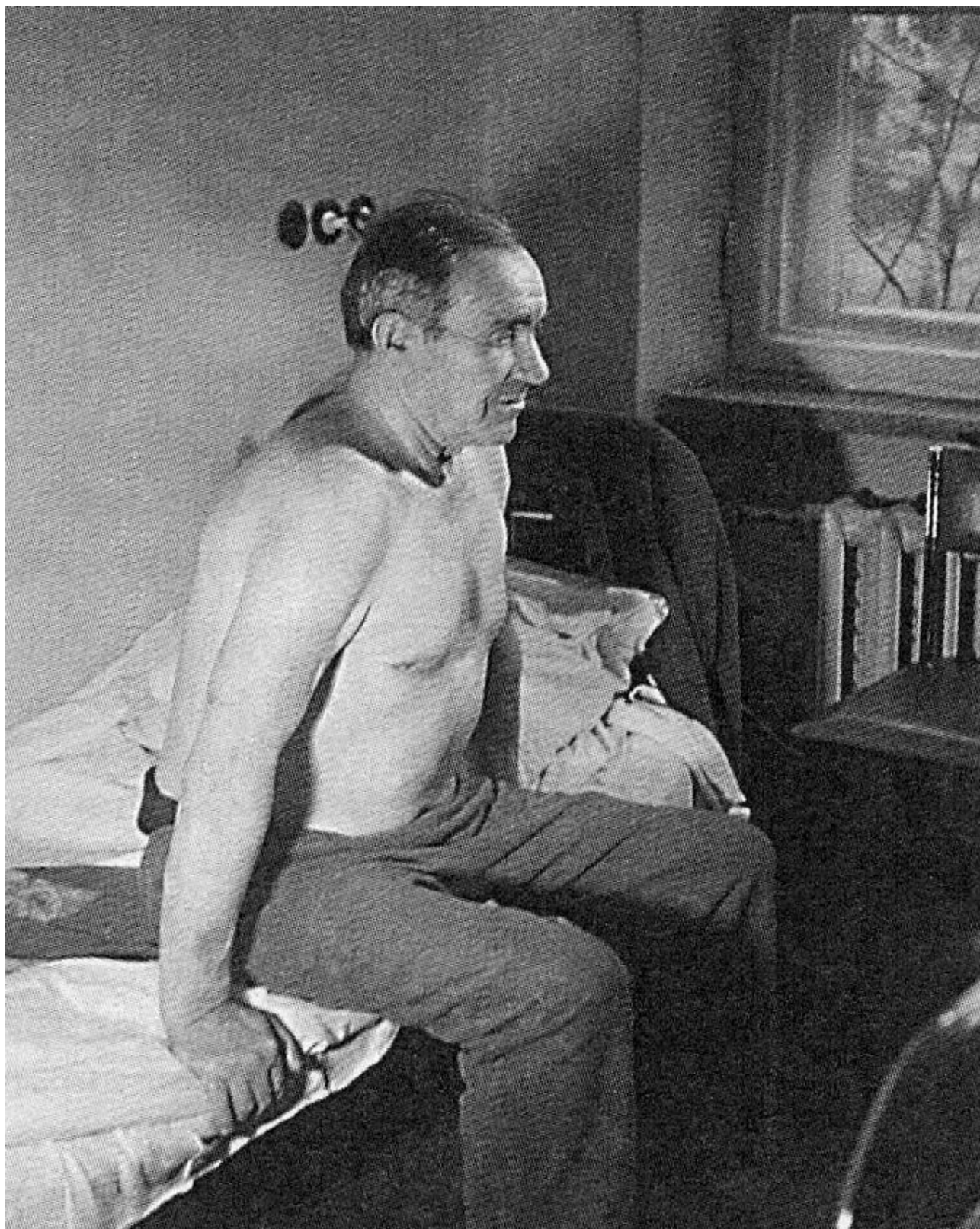
Состояние средней степени тяжести, положение сидя, с опорой на край кровати перед собой (см. фото). Возбужден. Неинтенсивный диффузный цианоз. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. ЧД 19 в 1 мин., выдох удлинён, сопровождается свистящими хрипами. В дыхании активно участвуют межреберные мышцы и вспомогательная дыхательная мускулатура. Дыхание поверхностное. Голосовое дрожание симметрично проводится с обеих сторон, нижние границы легких опущены, верхние смещены вверх, экскурсия легких резко снижена. При сравнительной перкуссии легочный звук с коробочным оттенком; дыхание определяется повсеместно. Тоны сердца прослушиваются с трудом, правильного ритма и соотношения, частотой 108 в мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Hb - 160 г/л, эр. - $5,3 \times 10^{12}/л$, тромб. - $250 \times 10^9/л$, лейкоц. - $10,8 \times 10^9/л$, э - 8%, п - 7%, с - 72%, л - 12%, м - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования синдрома бронхоспазма.
4. Назовите вынужденное положение больного (рис. см. ниже).
5. Что можно выявить при аускультации легких?
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.



ЗАДАЧА №12

Больной С., 35 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на повышение температуры до 39°, боли в грудной клетке при дыхании, смешанную одышку, сухой кашель, общую слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: после переохлаждения два дня назад появился озноб, недомогание, слабость, поднялась температура до 39°, стали беспокоить боли в грудной клетке справа при дыхании и сухой кашель, появилась смешанная одышка при разговоре. Самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. В связи с отсутствием улучшения бригадой скорой медицинской помощи доставлен в дежурную клинику.

Объективно:

Состояние тяжелое. Больной возбужден. Лихорадочный блеск глаз, румянец на правой щеке, температура тела 38,7°, кожные покровы светло-розового цвета, горячие, повышенной влажности. Крылья носа участвуют в акте дыхания. Грудная клетка безболезненна при пальпации, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки симметричны. ЧД 28 в мин. В подлопаточной и подмышечной областях справа выявлено усиление голосового дрожания и притупленно-тимпанический звук. Пульс мягкий, слабого наполнения, АД 85/60 мм. рт. ст. Тоны сердца учащены до 112 в мин., соотношение тонов над верхушкой, основанием мечевидного отростка и легочной артерией правильное, ослаблен II тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует, кишечник безболезнен, печень и селезенка не увеличены, область почек безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр.- $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромб. - 200×10^9 /л, лейкоц. – $15,8 \times 10^9$ /л, п – 8%, с – 78%, л – 12%, м – 1%, б – 1%, СОЭ – 28 мм/.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность 1,018; белок-отр., сахар – отр., лейкоциты и эпителий ед. в п.зр., соли – оксалаты в небольшом количестве, бактерии (+).
3. Рентгенография ОГК: определяется инфильтрация в нижнем легочном поле с четкими контурами, в боковой проекции соответствует нижней доле, остальные отделы легких не изменены, средостение не расширено.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования болевого синдрома в данном случае.
4. Механизм образования синдрома уплотнения легочной ткани.
5. Что можно выявить при аускультации легких в подлопаточной и правой подмышечной областях?
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №13

Больной Г., 26 лет, обратился с жалобами на ознобы, приступообразный сухой кашель, боли в грудной клетке и животе при кашле, повышение температуры до 38°C, саднение за верхней третью грудины, головные боли, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: заболел пять дней назад с появления насморка, резей в глазах. Через четыре дня насморк и рези в глазах уменьшились, но присоединилось першение за верхней третью грудины и кашель, вначале сухой неинтенсивный. В последние сутки кашель усилился, стал приступообразно беспокоить вечером при укладывании в постель и, особенно, по утрам в три – шесть часов. Из-за кашля стали болеть мышцы. Сегодня сильный утренний приступ кашля без отхождения мокроты заставил больного вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Больной возбужден, просит помочь избавиться от мучительного приступа кашля. Выражение лица страдальческое. Кожные покровы повышенной влажности, горячие, светло-розового цвета. Конъюнктивы гиперемированы с обеих сторон. Тонус мышц плечевого пояса, брюшного пресса повышен, пальпация их болезненна. Отмечается незначительное нарушение проходимости обоих носовых ходов, осиплый голос. Грудная клетка симметрична. ЧД 17 в мин. Голосовое дрожание проводится равномерно с обеих сторон. Над легкими при перкуссии легочной звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, свистящие хрипы с обеих сторон. Бронхофония не усилена. Пульс скорый, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца громкие, 100 в 1 мин., усилен I тон над верхушкой. Живот слегка напряжен, слабо участвует в акте дыхания, симптомы Щеткина – Блюмберга и Менделя отрицательны. Печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 138 г/л, эр. - $4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,95; лейкоц. - $5,9 \times 10^9/л$, э - 2%, п – 5%, с- 68%, л – 25%; СОЭ – 8 мм/ч.
2. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 104 в мин., электрическая ось сердца расположена нормально, дистрофические изменения миокарда, слабо выраженные.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования синдрома бронхоспазма.
4. Механизм образования интоксикационного синдрома.
5. Что может дать в данном случае топографическая перкуссия легких?
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №14

Больная Б., 37 лет, предъявляет жалобы на ознобы, повышение температуры тела до 39°C, кашель с отхождением желто-зеленой мокроты с неприятным запахом до 200 мл/сут, смешанную одышку при физической нагрузке легкой степени, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 30 лет, когда впервые появился кашель с небольшим количеством мокроты, иногда отмечала ознобы, повышение температуры, в стационарах лежала в среднем один раз в год. Последние десять лет при ухудшении состояния, появлении ознобов, кашля лечилась самостоятельно. В течение последнего года увеличилось количество мокроты, она стала почти постоянно желтоватого цвета, появился неприятный запах и появилась смешанная одышка. Две недели назад участился кашель, появились ознобы, повышение температуры, усилилась одышка. При R-логическом исследовании выявлено усиление легочного рисунка с картиной «сотового» легкого слева.

Из анамнеза жизни: перенесла коклюш в возрасте пяти лет.

Объективно:

Состояние тяжелое. Больная выглядит старше своего возраста, умеренно выраженный диффузный цианоз, кожные покровы теплые, повышенной влажности, ногти пальцев рук имеют вид «часовых стекол», ногтевые фаланги в виде «барабанных палочек». ЧД – 30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки несколько уменьшена в размерах, слегка отстаёт при дыхании. Дыхание жесткое, несколько ослаблено слева в подлопаточной области, хрипы жужжащие с обеих сторон, среднепузырчатые - слева в подлопаточной области. АД 125/80 мм. рт. ст. Определяется и верхушечный и сердечный толчок. Правая граница относительной тупости сердца на 3 см. правее грудины, тоны сердца учащены до 124 в 1 минуту, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка, там же систолический шум, проводящийся вправо. Живот безболезнен. Печень на 2 см ниже реберной дуги, плотная, край закруглен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ мокроты: гнойная, желтого цвета, запах зловонный, слегка кислая, лейкоциты 10-18 в п.зр., эпителий плоский 2-3 в п.зр.
2. ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования интоксикационного синдрома.
4. Механизм образования синдрома дыхательной недостаточности.
5. Какие признаки ЭКГ характерны для перегрузки правых отделов сердца?
6. Оцените данные общего анализа мокроты.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №15

Больная А., 43 лет, предъявляет жалобы на кашель с отхождением утром кровянистой мокроты полным ртом, с неприятным запахом, колющие боли при дыхании слева, смешанную одышку, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной около недели, когда после переохлаждения появились боли в левой половине грудной клетки, озноб, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель вначале сухой, через день появилась мокрота в небольшом количестве светлая. При осмотре в отделении состояние средней степени тяжести, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания слева в III межреберном промежутке, там же укорочение легочного звука и смешанное дыхание, усиление бронхофонии. При R-графии ОГК выявлено округлое затемнение в III-IV межреберном промежутке слева над междолевой бороздой. Назначенное лечение было мало эффективно. Постепенно самочувствие больной ухудшалось, стали беспокоить головные боли, присоединилась тошнота. Последнюю ночь больная плохо спала, в пять часов утра, внезапно, после кратковременного кашля, появилась кровянистая мокрота полным ртом с неприятным запахом. К десяти часам дня самочувствие больной улучшилось, температура снизилась, тошнота исчезла, боли в грудной клетке также уменьшились, одышка не беспокоит.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Больная предпочитает положение на левом боку. Брюшной тип дыхания. ЧД – 24 в мин. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. В III межреберье слева голосовое дрожание усилено, там же притуплено-тимпанический звук, дыхание бронхиальное, прослушиваются средне- и крупнопузырчатые звучные хрипы, бронхофония усилена. Над остальными областями легких легочный звук, дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены до 112 в 1 минуту, правильного соотношения.

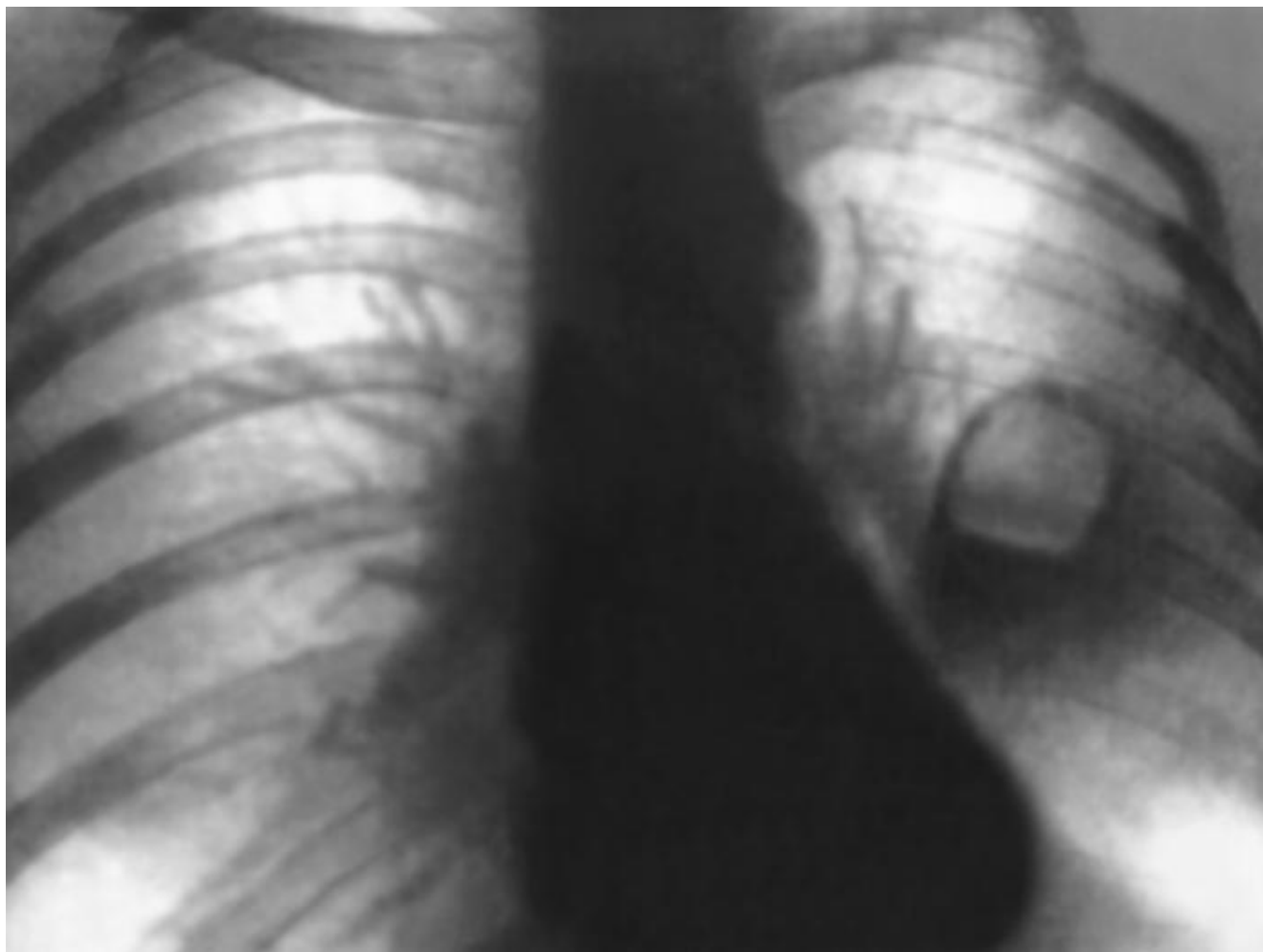
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц. – $20 \times 10^9/\text{л}$, миелоциты – 2%, п – 8%, с – 82%, л – 8%, токсическая зернистость нейтрофилов(++); СОЭ – 38 мм/час.
2. Рентгенография ОГК (см. ниже).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления боли в грудной клетке?
4. Причина улучшения состояния больной?
5. Опишите R-графию ОГК.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма органов грудной клетки:



ЗАДАЧА №16

Больной К., 52 лет, поступил с жалобами на малоинтенсивный кашель, отхождение мокроты серого, желтоватого цвета без запаха, ноющие боли за верхней частью грудины, не связанные с актом дыхания, прогрессирующую общую слабость, снижение аппетита, тошноту, затруднение глотания.

Из анамнеза заболевания: около четырех месяцев назад стал отмечать появление слабости, постепенно усиливающийся кашель. В последние два месяца появились ноющие боли за верхней частью грудины, снижение аппетита. При обследовании выявлено обострение хронического бронхита, заподозрена пневмония, назначена антибактериальная, муколитическая терапия. Лечение эффекта не дало, появилось затруднение глотания и больной направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курильщик, работал шофером, принимал участие в ликвидации аварии на ЧАЭС, много лет страдает хроническим бронхитом.

Объективно:

Состояние удовлетворительное, больной выглядит старше своего возраста, температура 37,1°C, кожные покровы суховаты, бледно-землистого цвета, выраженная морщинистость лица, шеи, тургор кожи снижен. Бледность слизистых. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Тонус мышц снижен. Грудная клетка симметрична, правая половина несколько отстает в акте дыхания, Голосовое дрожание с правой стороны несколько ослаблено. Над легкими при перкуссии справа притупленно-тимпанический звук, слева легочный. Выявлено снижение экскурсии легких справа по среднеключичной, средней подмышечной и лопаточной линиям на 2 см. Дыхание справа ослабленное везикулярное, слева везикулярное. Пульс на обеих руках хорошего наполнения и напряжения, частотой 84 в мин. Границы относительной тупости сердца не смещены, тоны правильного ритма и соотношения, частотой 84 в мин. Язык не обложен, достаточной влажности. Живот мягкий, безболезнен, в акте дыхания участвует равномерно. Кишечник безболезнен, печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Билирубин общий – 17,8 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л; не прямой – 15,3 мкмоль/л; сахар – 4,5 ммоль/л, белок 60 г/л.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования физикальных данных при перкуссии?
4. Механизм образования болевого синдрома?
5. Опишите выслушивание бронхофонии справа.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 17

Больной М., 48 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на повторные приступы малопродуктивного кашля с трудно отходящей светлой мокротой в небольшом количестве, без запаха, одышку с затруднением выдоха, повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: хронический бронхит в течение последних 25-ти лет, лечился с хорошим эффектом амбулаторно и в стационаре. В последние три года появилась одышка с затрудненным выдохом, стали чаще беспокоить ОРВИ, сопровождающиеся усилением кашля, появлением светлой, желтоватой мокроты. При повторных обследованиях выявлено снижение ОФВ_1 , индекса Тиффно. Последнее ухудшение в течение 10 дней. Больной отмечает повышение температуры, усиление одышки с затруднением выдоха, кашля с трудно отходящей мокротой желтого цвета. Назначенное лечение больной не принимал. Постепенно кашель усилился, стал мучительным. Последние двое суток из-за мучительного кашля стали беспокоить боли в мышцах грудной клетки, живота, появились сердцебиения.

Из анамнеза жизни: подземный стаж 20 лет.

Объективно: При осмотре: состояние средней степени тяжести, ЧД 23 в мин., надключичные ямки сглажены, межреберные промежутки расширены, обе половины грудной клетки слабо, симметрично участвуют в акте дыхания, дыхание поверхностное, в дыхании активно участвует вспомогательная мускулатура. Над легкими коробочный звук, экскурсия нижних краев легких 2 см, дыхание жесткое, ослабленное, жужжащие хрипы с обеих сторон. Ритм сердечной деятельности двухчленный, правильный, тоны приглушены, ослаблен I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка, ЧСС 98 в 1 мин. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует слабо, печень не увеличена.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 135 г/л, эр. $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц. $11,2 \times 10^9/\text{л}$, э – 1, п – 7, с – 79, л – 13, СОЭ 15 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: слизисто-гнойная, вязкая, нейтрофилы 10-15 в п.зр., эп. 6-10 в п.зр.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм снижения экскурсии легких.
4. Объясните механизм возникновения непродуктивного кашля.
5. Опишите недостающие в задаче данные: голосовое дрожание, рентгеновский снимок легких.
6. Оцените данные ОАК.
7. Оцените данные общего анализа мокроты.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 18

Больной А., 62 лет, обратился к участковому врачу по поводу усилившегося кашля с трудно отходящей прозрачной мокротой в небольшом количестве, без запаха, сердцебиения, одышки с затруднением выдоха, появления отеков на ногах к концу рабочего дня, слабости, снижения трудоспособности.

Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом в течении 25-ти лет, Лечился амбулаторно и в стационаре, в последние годы отмечал уменьшение эффекта от лечения. Вне обострения заболевания регулярно пользовался сальбутамолом. Последний месяц появились сердцебиения, тупые боли в правом подреберье, отеки ног.

Из анамнеза жизни: курит с 12 лет в среднем по 1 пачке папирос в день, работает сварщиком.

Объективно:

При осмотре состояние средней степени тяжести. Диффузный цианоз, умеренно выраженный, отеки стоп, голеней. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура, Частота дыхания 22 в 1 минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, обе половины симметрично слабо участвуют в акте дыхания, голосовое дрожание несколько ослаблено, симметрично проводится с обеих сторон, легочной звук с небольшим коробочным оттенком, дыхание жесткое, рассеянные свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Выявлено набухание шейных вен и положительный венозный пульс. Верхушечный толчок по средне-ключичной линии, ослаблен. Эпигастральная пульсация усиливается на вдохе. Тоны сердца приглушены, правильного ритма, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 98 в 1 мин. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под реберной дуги на 3 см, нижний край ее закруглен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в 1 мин., блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка.
1. ФВД: ОФВ₁ – 30%, индекс Тиффно – 50%.
2. ОАК: Нб – 155 г/л, эр. - $6,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, э – 1%, п – 5%, с 80%, л – 14%, СОЭ 15 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления положительного венозного пульса.
4. Объясните механизм изменения печени при данном заболевании.
5. Какие изменения ЭКГ характерны для гипертрофии правого предсердия?
6. Оцените данные ФВД.
7. Посчитайте индекс курильщика.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 19

Больной Д., 25 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,3⁰С градусов, кашель с мокротой шоколадного цвета и с запахом горелого мяса, смешанную одышку.

Из анамнеза заболевания: Болен в течении 6-ти дней. После переохлаждения появился озноб, недомогание, слабость, повысилась температура до 39⁰С, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе. Больной принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. Несмотря на проводимое лечение состояние ухудшалось, температура поднялась до 40⁰С, усилился сухой кашель, стало трудно дышать. Бригадой скорой медицинской помощи больной доставлен в дежурное терапевтическое отделение. Сегодня с утра появился кашель с большим количеством (более 300 мл) мокроты, после отхождения мокроты больному стало легче.

Объективно:

При осмотре состояние тяжелое. Больной возбужден. Крылья носа участвуют в акте дыхания, лихорадочный блеск глаз, температура тела 38,7⁰С, кожные покровы светло-розового цвета, при разговоре появляется смешанная одышка, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД 28 в 1 минуту. Справа между среднеключичной и передней подмышечной линиями во II и III межреберных промежутках голосовое дрожание усилено, определяется притупленно-тимпанический звук, при аускультации выслушиваются звучные среднепузырчатые хрипы. Над остальными областями грудной клетки легочный звук при перкуссии, дыхание везикулярной, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца учащены до 112 в 1 минуту, ослаблен II тон над аортой. АД 90/60 мм. рт. ст.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 142 г/л, эг – $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.П. – 1,0; лейкоц. – $12,0 \times 10^9$ /л, э – 2%, п/я – 9%, с/я – 70%, л – 18%, м – 1%, СОЭ – 50 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эп. – 1-2 в п. зр.
3. Фибриноген – 6,2 г/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 8%, β – 12%, γ – 19%, СРБ – 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л), глюкоза 5,2 ммоль/л, АСТ – 12 ЕД, АЛТ – 20 ЕД.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления кашля с мокротой?
4. Назовите основной дыхательный шум над областью патологии у больного.
5. Сделайте заключение по общему анализу крови.
6. Что, вероятнее всего, можно выявить при R-графии ОГК?
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 20

Больной Ж., 53 лет, предъявляет жалобы на редкий сухой кашель, повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, снижение работоспособности, слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: слабость начал ощущать года три назад, выполняя обычную работу на даче. Постепенно появилось снижение аппетита и работоспособности, больной перешел на более легкую работу, к врачам не обращался. В течение последнего месяца появился сухой кашель, головные боли, отмечал повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, что и заставило больного обратиться к врачу.

Из анамнеза жизни: служил на атомной подводной лодке, участвовал в ликвидации внештатной ситуации на лодке, после чего около года лечился в госпиталях, на побережье Черного моря и был комиссован со службы.

Объективно:

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, взгляд доброжелательный, уставший. Кожные покровы сероваты, тонус их снижен, влажность достаточна. ЧД 19 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, голосовое дрожание слегка усилено справа в подлопаточной области, там же несколько укорочен легочный звук и ослабленное везикулярное дыхание. Над остальными участками легких определяются легочный звук и везикулярное дыхание. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП. - 0,8; лейкоц. – $8,8 \times 10^9$ /л; э – 4%, п – 4%, с – 70%, л – 18%, м – 4, СОЭ 10 мм/ч.
1. ОАМ: отн. плотность 1,018; белка нет, лейкоц. 1-3 в п.зр.
2. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 80 ударов в мин., электрическая ось сердца расположена нормально, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
3. Билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, прямой – 3,6 мкмоль/л, непрямой – 15,0 мкмоль/л; общий белок 60 г/л, фибриноген 6,6 г/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, креатинин – 0,15 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какова роль факторов риска в возникновении заболевания?
4. Сделайте заключение по общему анализу крови.
5. Оцените результаты биохимического исследования крови.
6. Оцените ЭКГ.
7. Составьте план дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 21

Больной К., 55 лет, пенсионер, предъявляет жалобы на смешанную одышку в покое, кашель постоянный со светлой мокротой с прожилками крови, отходящую легко в небольшом количестве, неинтенсивные ноющие боли в грудной клетке справа, появляющиеся при глубоком вдохе, общую слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным около месяца, когда впервые почувствовал появление ноющих болей в грудной клетке при дыхании и одышку при обычной физической нагрузке. К врачу не обращался и не лечился. Постепенно одышка стала возникать при разговоре, а в последние дни и в покое, в мокроте стали появляться прожилки крови, больной стал уставать, одновременно отмечает снижение аппетита. После обращения в поликлинику направлен в стационар.

Из анамнеза жизни: курит 40 лет, кашель с отхождением мокроты постоянно, чаще по утрам, подземный стаж работы 25 лет, на пенсии по выслуге лет.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, мало подвижен из-за усиления одышки при движениях. Кожные покровы суховаты, дряблые, умеренно выражен диффузный цианоз. Шейные вены набухшие. Грудная клетка бочкообразная, голосовое дрожание не определяется справа спереди в IV-V межреберных промежутках, перкуторно над легкими коробочный звук, справа спереди в IV-V межреберных промежутках тупой, там же не определяются дыхательные шумы. Над остальными областями легких дыхание жесткое, необильные жужжащие и незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца значительно приглушены, ритм правильный, частотой 80 в 1 мин., ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 110 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /л, тромб. - 550×10^9 /л, лейкоц. – $8,7 \times 10^9$ /л, п – 4%, с – 68%, л – 26%, м – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.
1. Рентгенография ОГК: грудная клетка расширена, повышена воздушность легких, усилен легочный рисунок, определяется перекрытие просвета среднедолевого бронха, средняя доля уменьшена в размерах, правый корень расширен, средостение смещено вправо.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Возможная роль факторов риска в возникновении заболевания?
4. Причина появления тупого перкуторного звука справа?
5. Результаты исследования бронхофонии в области отсутствия дыхания?
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Составьте план дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 22

Больная Х., 70 лет, обратилась с жалобами на кашель, кровохарканье, смешанную одышку при физической нагрузке, головные боли, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение полугода, когда появилась слабость, сухой кашель, обратилась в поликлинику, выявлен бронхит, назначено лечение, которое больная аккуратно принимала, однако, кашель не прекращался, появилась светлая мокрота и смешанная одышка при физической нагрузке, за последние полгода больная значительно похудела. Больная самостоятельно прекратила лечение, но кашель усилился, появилось кровохарканье.

Из анамнеза жизни: работала на ОАО «Кокс» 30 лет.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, в положении на левом боку одышка уменьшается. Кожные покровы суховаты, дряблые. Дыхание средней глубины, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД 24 в 1 мин. Голосовое дрожание слева выше IV ребра спереди и сзади значительно ослаблено, там же притупленно-тимпанический перкуторный звук и ослабленное везикулярное дыхание. Над остальными областями грудной клетки перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Тоны сердца правильного ритма, ослаблены, правильного соотношения, ЧСС 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb-102 г/л, эр. – $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $10,5 \times 10^9$ /л, э – 3%, п – 4%, с – 57%, л – 30%, м – 6%, СОЭ – 36 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность – 1,016, белок отр., эп. – 2-4 в п.зр., эр. отр.
3. Рентгенография ОГК: корни расширены, особенно слева, отмечается сужение просвета левого верхнедолевого бронха, уменьшение в объеме верхней доли, инфильтративных и очаговых уплотнений в остальных отделах легких нет, средостение не смещено.
4. Общий билирубин – 19,2 мкмоль/л, прямой – 4,2 мкмоль/л, не прямой – 15,0 мкмоль/л; сахар – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 6,9 г/л, общий белок – 58 г/л, АСТ – 0,19 ЕД, АЛТ – 0,24 ЕД, креатинин – 14,2 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Причина развития кровохарканья?
4. Объясните данные физикального исследования верхней доли справа.
5. Сделайте заключение по общему анализу крови.
6. Оцените результаты биохимического исследования крови.
7. Составьте план дообследования больной.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №23

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на ноющие боли в правой подмышечной области при дыхании, редкий сухой кашель, общую слабость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры, головные боли.

Из анамнеза заболевания: впервые боли при дыхании стали беспокоить недели три назад, одновременно появился редкий сухой кашель и слабость. Обратилась к врачу, обследовалась, проходила флюорограмму, патологии не было выявлено. Больная принимала отвары трав, витамины, однако состояние больной не улучшалось, накануне появился озноб, головные боли, поднялась температура.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Температура 38,1°C. Положение на правом боку, что уменьшает боли при дыхании. Кожные покровы светлорозовые, повышенной влажности, теплые. ЧД 18 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, нижние границы лёгких не смещены, экскурсия нижней границы лёгких справа снижена до 2-х см. из-за болей при дыхании. Пальпаторно определяется трение плевры справа в подмышечной области. Дыхание везикулярное с обеих сторон, справа несколько ослаблено, шум трения плевры справа в подмышечной области. Тоны сердца учащены до 112 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 137 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9; лейкоц. – $12,1 \times 10^9/л$, э – 2%, п – 8%, с – 76%, л – 14%, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН-кислая, отн. плотность – 1,020; белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 2-3 в п/зр, эп. – 1-2 в п/зр.
3. Билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, не прямой – 15 мкмоль/л; общий белок – 58 г/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, фибриноген – 6,2 г/л, креатинин 0,10 ммоль/л, мочевины – 6,2 ммоль/л.
4. Рентгенография органов грудной клетки: инфильтративных и очаговых изменений нет, отмечается утолщение плевральных листков справа. Средостение не смещено.

ЗАДАНИЕ:

1. Перечислите синдромы и выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какой звук при перкуссии выслушивается справа в подмышечной области.
4. Оцените общий анализ крови.
5. Оцените биохимический анализ крови.
6. Оцените общий анализ мочи.
7. План ведения больной.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЗАДАЧА №24

Больная А, 33 лет, предъявляет жалобы на тяжесть в грудной клетке справа, смешанную одышку, повышение температуры, редкий сухой кашель, слабость.

Из анамнеза заболевания: две недели назад после переохлаждения появились ноющие боли в грудной клетке, редкий кашель, головные боли, больную морозило. Лечилась самостоятельно, принимала аспирин, отвар травы мать и мачеха, морозить больную перестало, ноющие боли прошли, головные боли исчезли. Через неделю появилась тяжесть в грудной клетке справа и смешанная одышка, вначале при обычной нагрузке, затем и в покое, усилился кашель, вновь поднялась температура. После рентгенографии легких больную госпитализировали.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, больная предпочитает лежать на правом боку. Температура $37,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы повышенной влажности. Правая половина грудной клетки увеличена, отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки справа расширены. ЧД 26 в 1 мин. Голосовое дрожание справа в подлопаточной и подмышечной областях не определяется, выше 4 ребра спереди и сзади усилено, слева - определяется повсеместно. При перкуссии справа ниже 4 ребра абсолютная тупость как спереди, так и сзади, а выше - притупленно-тимпанический звук. Слева повсеместно легочный звук, кроме участка тупого звука по паравентребральной линии в 9-10 межреберном промежутке. При аускультации справа в подлопаточной и подмышечной областях дыхание не определяется, выше 4 ребра оно смешанное, слева дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены до 120 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 157 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 0,9; лейкоц. – $11,8 \times 10^9/\text{л}$, э – 1%, п – 4%, с/я – 76%, л – 19%, тромбоциты – $190 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/час.
2. Билирубин общий – 18,1 мкмоль/л, прямой – 3,7 мкмоль/л, не прямой – 13,4 мкмоль/л; общий белок – 68 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, фибриноген - 3,2 г/л, креатинин 0,13 ммоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л.
3. ЭКГ: ритм синусовый, 116 в 1 мин. Зубец Q – 0,08 сек., PQ – 0,17 сек.

ЗАДАНИЕ:

1. Перечислите синдромы и выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления одышки?
4. Почему больная предпочитает положение на правом боку?
5. Результаты определения бронхофонии в подлопаточной области справа?
6. Опишите наиболее вероятные изменения при рентгенографии ОГК.
7. Необходимое дообследование больной.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЗАДАЧА №25

Больная Б., 19 лет, жалуется на одышку смешанного характера, кашель постоянный в течение дня, с мокротой желтоватого цвета, легко отходящей до 250 мл в сутки, повышение температуры с ознобами, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больна с детских лет после перенесенного коклюша, лечилась в стационаре, в санаториях, всегда отмечала улучшение. Часто простывала, последнее незначительное переохлаждение случилось неделю назад, участился кашель, появилась мокрота желтого цвета и смешанная одышка. Сразу же больная начала принимать ампициллин, лазолван, витамин «С», грудной сбор, однако состояние не улучшилось, поднялась температура до 39°C, и в экстренном порядке пациентка была госпитализирована.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы горячие, повышенной влажности, обе половины грудной клетки равномерно, слабо участвуют в дыхании. ЧД 22 в 1 мин. Голосовое дрожание проводится слабо, одинаково с обеих сторон, над легкими легочный звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое. Тоны сердца учащены до 108 в 1 мин., ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка. АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 157 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. – $13,2 \times 10^9$ /л, э – 1%, п – 7%, с/я – 74%, л – 16%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты – 185×10^9 /л, СОЭ – 18 мм/час.
2. Билирубин общий – 20,1 мкмоль/л, прямой – 3,9 мкмоль/л, не прямой – 16,2 мкмоль/л; АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,40 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, фибриноген – 4,0 г/л, креатинин 0,13 ммоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л.
3. Рентгенография ОГК: усилен сосудистый рисунок, признаков полости в легких нет, корни расширены, средостение не расширено, сердце без особенностей.
4. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 110 в 1 мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Перечислите синдромы и выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Охарактеризуйте побочные дыхательные шумы у больной.
4. Назовите признаки гипертрофии правого желудочка.
5. Какие изменения в мокроте, наиболее вероятны у больной?
6. Оцените ОАК.
7. Необходимое дообследование больной.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЗАДАЧА №26

Больной К., 59 лет, предъявляет жалобы на смешанную одышку при легкой физической нагрузке, редкий кашель с небольшим количеством легко отходящей светлой мокроты, неинтенсивные боли в левой подмышечной области, общую слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые стал отмечать одышку при обычной физической нагрузке около трех месяцев назад, вначале она была с ощущением нехватки воздуха, в покое всегда проходила, затем стала смешанной, кашель присоединился около двух месяцев назад, он сопровождался выделением светлой мокроты, был редким. При обращении в поликлинику больного обследовали, выявили бронхит и назначили лечение. Несмотря на проводимую терапию, в последние две недели кашель и одышка усилились, присоединились боли, снижение аппетита и общая слабость. За время болезни похудел.

Из анамнеза жизни: никогда не курил, служил в войсках химической защиты, работал инженером на ОАО «Азот».

Состояние средней степени тяжести, больной апатичен, предпочитает лежать на левом боку, кожные покровы серовато-землистые, тургор кожных покровов снижен. ЧД 25 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, левая половина отстает в дыхании, в подлопаточной области слева голосовое дрожание ослаблено, легочной звук притупленно-тимпанический, дыхание жесткое, значительно ослаблено, бронхофония не определяется. Над остальными отделами легких легочный звук, дыхание жесткое. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частотой 88 в 1 мин. Живот мягкий, в дыхании участвует. Печень и селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 155 г/л, эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$; э – 1%, п – 5%, с – 80%; л – 14%, СОЭ 18 мм/час.
2. Рентгенография ОГК: Справа без изменений. Корень левого легкого расширен, отмечается уменьшение просвета нижнедолевого бронха, незначительное уменьшение его в объеме, средостение не смещено.
3. АЛТ – 0,34 ммоль/л, АСТ – 0,36 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л.
4. Спирометрия: ОФВ₁-70%, ОФВ₁/ФЖЕЛ-70%.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Возможные факторы риска заболевания.
4. Объясните появление ослабленного везикулярного дыхания слева.
5. Оцените ОАК.
6. Оцените результаты исследования ФВД.
7. План дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 27

Больной А., 26 лет, жалуется на приступы одышки с затруднением выдоха, доходящие до степени удушья, учатившиеся с сегодняшнего утра, сухой кашель появляющийся при одышке, но беспокоящий больного в меньшей степени, чем удушье.

Из анамнеза заболевания: впервые одышка стала беспокоить с 15-ти лет весной. При обследовании выявлена повышенная чувствительность на тополиный пух. Лечился у аллерголога, отмечал улучшение состояния, и в течении почти десяти лет приступы удушья не беспокоили. Два года назад при покраске пола вновь почувствовал приступ одышки, переходящей в удушье, была вызвана скорая помощь. В дальнейшем любой контакт с краской вызывал удушье, даже если больной проходил мимо свежепокрашенных изделий. Лечения больной не принимал. Накануне вечером больной вернулся из командировки в отремонтированную квартиру поздно и сразу лег спать, около 4-х часов утра почувствовал першение за верхней частью грудины, появился кашель со скудной вязкой мокротой, затем приступ одышки с затрудненным выдохом. Больной принял сальбутамол, вызвал скорую помощь, которая сделала инъекцию супрастина, одышка прошла, однако через час приступ повторился, перешел в удушье.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, больной сидит, опирается на руки перед собой, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. На расстоянии определяются свистящие хрипы. Грудная клетка симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД 20 в 1 мин. Голосовое дрожание слабо проводится с обеих сторон, симметрично, над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание везикулярное с удлинненным выдохом, свистящие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца прослушиваются плохо из-за дыхательных шумов, правильного ритма, частотой 112 в 1 мин. живот мягкий, безболезнен, печень не увеличена.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр.- $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,2 \times 10^9/л$, э – 8, п – 2%, с – 65%, л – 22%, м – 2%, б – 1%, тромбоциты $190 \times 10^9/л$, СОЭ – 28 мм/час.
2. Рентгенография ОГК: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, повышенной прозрачности, усилен сосудистый рисунок.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления кашля?
4. Какова причина появления коробочного оттенка легочного звука?
5. Опишите данные исследования общего анализа мокроты.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Какие параклинические исследования необходимо провести?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА 28

Больной Д., 32 лет, жалуется на приступы одышки с затрудненным выдохом в ночное время, редкий кашель.

Из анамнеза заболевания: приступы одышки появились полгода назад без видимых причин. Ночью проснулся из-за покашливания, першения за грудиной, через несколько минут появилась одышка с затруднением выдоха. Открыл форточку, походил по комнате, одышка прошла. Через день подобная одышка появилась вновь, прошла при тех же обстоятельствах. Постепенно одышка стала появляться каждую ночь и больной обратился к врачу. Не закончив обследования, вскоре больной уехал в командировку на полгода и забыл об одышке. После приезда вновь появились приступы ночной одышки, для купирования которых иногда приходилось вызывать скорую помощь. При обследовании у аллерголога выявлена повышенная чувствительность к домашнему клещу, проходил лечение, которое дало нестойкий эффект.

Из анамнеза жизни: полгода назад женился, живет в квартире жены. Заболевания легких отрицает.

Состояние больного удовлетворительное, нормостеник, кожные покровы достаточной влажности, грудная клетка правильной формы, ЧД 17 в 1 мин. Обе половины активно участвуют в акте дыхания, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, бронхофония прослушивается. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частотой 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 140 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9; лейкоц. – $7,4 \times 10^9$ /л, э – 7%, п – 3%, с – 68%, л – 19%, м – 3%, СОЭ – 5 мм/час.
2. Билирубин общий – 19,5 мкмоль/л, прямой – 4,1 мкмоль/л, непрямой – 15,4 мкмоль/л; креатинин – 0,13 ммоль/л, общий белок 67 г/л, сахар крови 4,6 ммоль/л.
3. Спирометрия проведена дважды в поликлинике: ОФВ₁ 90-95%, ФЖЕЛ 90 - 92%, индекс Тиффно 83 - 85%.
4. Аллергологические пробы на шерсть и книжную пыль положительные.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Почему в командировке больной не ощущал приступы одышки?
4. Объясните отсутствие изменений физикальных данных при обследовании.
5. Опишите недостающие в задаче данные определения нижних границ легких.
6. Оцените данные спирометрии.
7. Проведите дообследование больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №29

Больная В., 35 лет, предъявляет жалобы на постоянный кашель с легко отходящей серой мокротой без запаха, смешанную одышку при легкой физической нагрузке, познабливание, повышение температуры до 37,6°C, общую слабость, головные боли, быструю утомляемость.

Из анамнеза заболевания: больна с детских лет, лечилась в стационарах, поликлинике, всегда отмечает улучшение, чаще кратковременное. Основными проявлениями заболевания считает кашель с мокротой до 250 мл в сутки, познабливание, слабость. За медицинской помощью в последние годы обращалась не всегда, чаще самостоятельно принимала какие-либо антибиотики. Последнее ухудшение состояния около недели, связывает с перенесенным ОРВИ, когда усилилась одышка, участился кашель, увеличилось количество мокроты, поднялась температура до 39°C.

Из анамнеза жизни: живет с мужем и двумя детьми в сыром бараке, работает дворником.

Состояние тяжелое, истощена, диффузный теплый цианоз, смешанная одышка, кожные покровы повышенной влажности. При осмотре пальцев выявлены. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура, ЧД 28 в 1 мин., над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание жесткое, жужжащие хрипы с обеих сторон, бронхофония не определяется, шейные вены набухшие, тоны сердца учащены до 132 в 1 мин., ослаблен I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка, акцент II тона над легочной артерией. Живот мягкий, безболезнен, печень плотная, нижний край округлый, на 3 см ниже края реберной дуги.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9; лейкоц. – $12,4 \times 10^9/л$, п – 8%, с – 78%, л – 12%, м – 2%, СОЭ – 24 мм/час.
2. Общий билирубин – 20,2 ммоль/л, прямой – 3,9 ммоль/л, не прямой 16,3 ммоль/л; ПТИ 95%, общий белок 55 г/л, креатинин 0,12 ммоль/л, АСТ 0,36 ммоль/л, АЛТ 0,40 ммоль/л.
3. Спирометрия: ОФВ₁ 50%, индекс Тиффно 65%.
4. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойная, двухслойная, лейкоц. 15-20 в п.р., эп. 10-13 в п.зр., бактерии ++.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Что выявлено при осмотре пальцев (рис. см. ниже)?
4. Объясните механизм появления одышки.
5. Механизм возникновения акцента II тона над аортой.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Назначьте дополнительное обследование.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.



ЗАДАЧА №30

Больная В., 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья с преимущественным затруднением выдоха, кашель с трудно отходящей вязкой стекловидной мокротой после приступа удушья, общую слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной три года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, принимает бронхолитики, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, иногда вызывает скорую помощь. В июле каждый год все симптомы заболевания исчезают и в течении остального времени года лечение не принимает.

Из анамнеза жизни: У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Пациентка имеет двоих детей, мать и бабушку у которых тоже бывают приступы удушья.

Объективно:

Состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом. ЧД 26 в 1 мин. Перкуторно коробочный звук, экскурсия легких по среднеподмышечной линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются свистящие хрипы. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезнен, печень не увеличена.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 130 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. – $6,8 \times 10^9$ /л, э – 8%, п – 3%, с – 67%, л – 20%, м – 2%, СОЭ – 5 мм/час.
2. Рентгенография ОГК: очагов и инфильтрации в легких нет, отмечается повышенная прозрачность легочной ткани, диафрагма опущена, средостение не расширено.
3. Спирометрия: ОФВ₁ – 60%, индекс Тиффно – 65%.
4. Пикфлоуметрия: пиковая скорость выдоха - 70% .
5. ЭКГ – ритм синусовый 88 в 1 мин., признаки перегрузки правого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Почему только в июне больная ощущала приступы удушья?
4. Объясните наличие бочкообразной грудной клетки при обследовании.
5. Оцените результаты рентгенографии ОГК.
6. Оцените данные спирометрии и пикфлоуметрии.
7. Проведите дообследование больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №31

Больной А., 49 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 39°C с ознобами, затруднение дыхания, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании, кашле, отхождение небольшого количества мокроты ржавого цвета, головную боль, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: после переохлаждения появились ознобы, поднялась температура, появились боли в грудной клетке, головная боль, головокружение. Заболевание началось остро, болен второй день. Вынужден был вызвать скорую помощь из-за стойко сохраняющейся температуры, общей слабости.

Объективно:

Общее состояние тяжелое. Румянец на правой щеке, на губах определяются герпетические высыпания. Температура 39,4°C. ЧД - 28 в мин. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. В правой подлопаточной области голосовое дрожание усилено, дыхание везикулярное, ослабленное, определяется крепитация и шум трения плевры. Над остальными областями грудной клетки перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, правильного ритма и соотношения. Пульс 112 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот в дыхании участвует, мягкий, безболезнен. Перистальтика прослушивается. Печень, селезенка не увеличены.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 135 г/л, эр. – $5,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. – $11,4 \times 10^9$ /л, э – 0, п – 8%, с – 77%, л – 13%, м – 2%, СОЭ – 24 мм/ч.
1. ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, отн. плотность 1,019; белок, сахара нет; лейкоц. 2-4 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., эп. – 1-2 в п/зр., оксалаты (++)
2. Общий билирубин - 17,6 мкмоль/л, прямой - 2,9 мкмоль/л, не прямой – 14,7 мкмоль/л; общий белок - 82 г/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л, глюкозы – 5,2 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л.
3. Рентгенография органов грудной клетки (см. ниже).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите наиболее вероятные изменения при перкуссии легких.
4. Объясните появление крепитации и шума трения плевры.
5. Оцените ОАК.
6. Оцените результаты рентгенологического исследования ОГК.
7. План дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма органов грудной клетки:



ЗАДАЧА №32

Больной Б., 24 года, доставлен в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в подмышечную область, под правую лопатку и в верхнюю часть живота, затруднение дыхания.

Из анамнеза заболевания: Боли появились внезапно во время игры в футбол.

Объективно:

Состояние тяжелое. Астеник. Диффузный цианоз, умеренно выраженный. Кожные покровы повышенной влажности, прохладные. Грудная клетка справа расширена, в дыхании не участвует, межреберные промежутки сглажены. Дыхание поверхностное, частотой 35 в 1 мин., над правой половиной грудной клетки тимпанический звук, с коробочным оттенком, дыхание не определяется. Слева над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс 116 ударов в минуту, нитевидный, одинаковый на обеих лучевых артериях.. Шейные вены набухшие. Правая граница относительной тупости сердца по правому краю грудины, верхняя в III межреберном промежутке, левая по левой среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка 6 см, правая граница его находится по правому краю грудины. Тоны сердца учащены до 116 уд/мин., усилены, правильного соотношения. Живот мягкий, слегка болезнен в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Печень умеренно болезненная, плотно-эластической консистенции, край округлый, выступает из под края реберной дуги на 4 см.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 145 г/л, эр. – $5,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $7,4 \times 10^9/л$, э – 0, п – 8%, с – 77%, л – 13%, м – 2%, СОЭ – 8 мм/ч.
1. ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, отн. плотность 1,019; белка, сахара нет; лейкоц. 2-4 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., эп. – 1-2 в п/зр.
2. Общий билирубин - 17,6 мкмоль/л, прямой - 2,9 мкмоль/л, не прямой – 14, 7 мкмоль/л; общий белок - 76 г/л, альбуминов - 55%, глобулинов - 45%, глюкоза крови – 5,2 ммоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, АСТ – 0,34 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите изменения при исследовании голосового дрожания.
4. Объясните смещение границ относительной тупости сердца.
5. Опишите наиболее вероятные рентгенологические изменения ОГК.
6. Оцените биохимический анализ крови.
7. Составьте план дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №33

Больной Г., 20 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 38°C, кашель с трудно отходящей желтой мокротой без запаха в небольшом количестве, затруднение дыхания, общую слабость, головную боль, головокружение.

Из анамнеза заболевания: заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, головные боли, к врачам не обращался. Постепенно насморк прошел, но кашель и слабость оставались, появилась желтая мокрота, накануне появились ознобы, вновь поднялась температура.

Объективно:

Температура - 38,6°C. Общее состояние средней тяжести. Грудная клетка симметрична, ЧД 30 в 1 мин., дыхание поверхностное. Справа под лопаткой голосовое дрожание усилено, легочный звук притуплен, на фоне жесткого дыхания выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы. В остальных областях грудной клетки перкуторно легочной звук, дыхание жесткое. Пульс 92 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, правильного ритма и соотношения. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 137 г/л, эр. – $4,9 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,95; лейкоц. – $12,6 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 9%, с/я – 76, л – 13, м – 1, тромб. $126 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/час.
2. Ан. мокроты общий: желтая, вязкая, лейкоц. 25-40 в п/зр., эп. – 9-16 в п/зр.
3. Рентгенография органов грудной клетки (см. ниже).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите наиболее вероятные данные топографической перкуссии.
4. Опишите результаты исследования бронхофонии.
5. Опишите рентгенологические изменения ОГК.
6. Оцените клинический анализ крови.
7. План дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма органов грудной клетки:



ЗАДАЧА №34

Больной Ш., 19 лет, предъявляет жалобы на затруднение дыхания, ознобы, повышение температуры до 39° С, боли в левой половине грудной клетки, появляющиеся на вдохе, покашливание, сильную слабость, головокружение.

Из анамнеза заболевания: заболел накануне остро. После переохлаждения появилась боль в левой половине грудной клетки. К вечеру больного стало морозить, повысилась температура тела, появилась одышка, сердцебиение, слабость. После осмотра участкового врача направлен на госпитализацию.

Объективно:

Состояние больного средней степени тяжести, вокруг губ герпетические высыпания, кожные покровы бледные, левая щека гиперемирована. Крылья носа участвуют в акте дыхания. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД – 28 в 1 мин. Слева в подмышечной и подлопаточной областях притупление перкуторного звука и патологическое бронхиальное дыхание. Над остальными участками легочной ткани перкуторно определяется легочный звук и выслушивается везикулярное дыхание. Пульс – 100 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 85/55 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца учащены до 100 в 1 мин., ослаблен I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб- 120 г/л, эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. - $12,0 \times 10^9$ /л, п - 13%, с - 65%, л - 16%, м - 6%, СОЭ - 41 мм/ч.
2. Общий билирубин – 20,0 мкмоль/л, прямой - 2,9 мкмоль/л, непрямой – 17,1 мкмоль/л; общий белок 72 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,3 ммоль/л, креатинин – 0,15 ммоль/л.
3. Рентгенография ОГК: слева отмечается затемнение нижней доли, синусы свободны от газа и жидкости. Тень средостения не изменена.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм возникновения покашливания у больного?
4. Назовите выражения лица больного по-латыни.
5. Опишите наиболее вероятные результаты пальпации грудной клетки.
6. Оцените состояние системы кровообращения.
7. План дообследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

2. НЕФРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА № 1

Больной А., 23 лет, бухгалтер, жалуется на постоянное ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, без иррадиации, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи цвета мясных помоев, слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до $37,4^{\circ}\text{C}$, 3 дня назад проснулся с отеками под глазами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, повился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки под глазами и на пояснице. Легкая пастозность стоп, голеней. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 18 в 1 мин., над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 58 в 1 мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц. – $11 \times 10^9/\text{л}$, э – 2%, п – 6%, с – 73%, л – 19%, СОЭ – 38 мм/ч.
2. Общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой – 4,3 мкмоль/л, непрямой – 17,5 мкмоль/л; общий белок – 65 г/л; мочевины – 8,1 ммоль/л; креатинин – 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л.
3. ОАМ: цвет красно – бурый, отн. плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эп. плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – выщелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления систолического шума на верхушке.
4. Назовите механизм образования гиалиновых цилиндров.
5. Перечислите недостающие методы обследования пациента.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените результаты общих анализов крови и мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №2

Больная Р., 28 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на появление отечности век, особенно выраженных по утрам, проходящих к обеду; головные боли, головокружение, кожный зуд, выделение мочи цвета мясных помоев, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 12 лет, когда впервые стала появляться отечность век по утрам, быстро проходящая. Не лечилась и не обследовалась, так как отеки проходили самостоятельно в течение дня. Два года назад, на протяжении всей беременности отмечала постоянные отеки на лице, головные боли, сердцебиение и повышение АД до 200/140 мм рт.ст. После родов АД больная не контролировала, головные боли, сердцебиение и отеки не беспокоили. Настоящее ухудшение самочувствия в течение 3 дней, связано с переохлаждением: на следующий день появились отеки на лице, головные боли, моча приобрела цвет «мясных помоев».

Объективно:

Больная заторможена. Астеник. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженная отечность под глазами, одутловатость лица, мягкие отеки по всему телу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 155/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок разлитой, на 1 см кнаружи от левой СКЛ, умеренной силы и резистентности. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин., приглушены, I тон над верхушкой ослаблен, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×8×6 см. Пальпация в проекции почек безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 88 г/л, эр. – $2,6 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $7,0 \times 10^9/л$, э – 2%, п – 4%, с – 64%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 18 мм/час.
2. ОАМ: красноватого цвета, прозрачность снижена; рН – нейтр.; отн. плотность – 1,012; белок – 0,07 г/л, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – сплошь в п.зр., эп. почечный – 5-6 в п.зр., цилиндры: гиалиновые – 3-4 в п.зр., зернистые – 1-2 в п.зр., восковидные – 1-2 в п.зр.
3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – $3,0 \times 10^6/л$, эр. – $10,0 \times 10^6/л$, цилиндры – $2,0 \times 10^6/л$.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните происхождение отеков.
4. Механизм изменения АД.
5. Что можно выявить при исследовании пульса?
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №3

Больная С., 42 лет, предъявляет жалобы на головную боль, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, ноющие боли в поясничной области, рези в конце мочеиспускания, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 20 лет, когда впервые появились рези при мочеиспускании, лечилась настоями трав, за медицинской помощью не обращалась. Иногда при появлении резей после мочеиспускания больная отмечала появление болей в поясничной области. Около 8 лет больная отмечает повышение АД, проявляющееся головными болями, головокружением. Постоянной гипотензивной терапии не получает. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда после переохлаждения появились рези после мочеиспускания и боли в поясничной области, повысилась температура до 38,2°C. Самостоятельно лечилась отваром семени укропа, амоксициллином. Температура постепенно снизилась, боли в пояснице уменьшились, однако рези в конце мочеиспускания сохранялись, усилились головные боли, головокружение и появились боли в области сердца.

Объективно:

Температура тела 37,2°C. Бледность кожных покровов. Одутловатость лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, хорошего наполнения и напряжения. АД 150/105 мм рт.ст. Правая граница относительной тупости сердца - на 1 см правее грудины в IV межреберье, верхняя - в III межреберье, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 112 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,88; тромбоциты - 220×10^9 /л, лейкоц. - $11,7 \times 10^9$ /л, э - 1%, п - 12%, с - 67%, л - 15%, м - 4%, б - 1%, СОЭ - 24 мм/час.
2. ОАМ: мутная, отн. плотность - 1,015; белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 10-20 в п.зр., эр. - нет, эп. - ед. в п.зр.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм возникновения болей в поясничной области.
4. Механизм развития изменений АД.
5. Какие свойства верхушечного толчка могут быть выявлены у больного?
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №4

Больной К., 18 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в дежурную клинику с жалобами на выраженную слабость, тошноту, отечность лица, сильные головные боли, больше в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, уменьшение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным после переохлаждения два дня назад, когда появились сильные головные боли, тошнота, головокружение, мелькание мушек перед глазами, отечность лица, резко уменьшилось количество выделяемой мочи.

Из анамнеза жизни: с детства - хронический тонзиллит с частыми обострениями.

Объективно:

Состояние больного тяжелое. Больной заторможен. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Выраженная отечность лица, веки из-за отека практически не раскрываются, губы толстые, отечные. Пальпируются подчелюстные, задние и передние шейные лимфоузлы, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс симметричный, твердый, ритмичный. АД 170/120 мм рт.ст. Верхушечный толчок усилен, не смещен. Тоны сердца правильного ритма, частотой 60 уд/мин, приглушены, акцент II тона над аортой. Зев гиперемирован, отечность мягкого неба, миндалины значительно увеличены, гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный, почки не пальпируются, пальпация их безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр.- $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,95; тромбоциты - $250 \times 10^9/л$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9/л$; э – 1%, п – 4%, с – 70%, л – 21%, м – 3%, б – 1%; СОЭ – 33 мм/час.
2. ОАМ: цвет «мясных помоев», прозрачность снижена, рН – нейтр.; отн. плотность – 1,027; белок - 2,4 г/л, эр. - сплошь в п.зр., цилиндры галиновые 2-4 в п.зр., зернистые 2-3 в п. зр.
3. ЭКГ – ритм синусовый, 60 в 1 мин., эл. ось сердца расположена правильно, перегрузка левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Диагностическое значение выявленных лимфоузлов.
4. Механизм возникновения изменений пульса.
5. Опишите вероятные изменения подкожной клетчатки на конечностях.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №5

Больная Б., 30 лет, поступила в стационар с жалобами на ознобы, повышение температуры, ноющие боли в пояснице, головную боль, преимущественно в затылочной части, головокружение, сердцебиения, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больна около 5 лет, в течение которых больную беспокоят головные боли, головокружение и колющие боли в области сердца. Тогда же было выявлено повышение АД до 150/95 мм рт.ст. Больная начала регулярно принимать гипотензивные препараты. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением неделю назад: повысилась температура до 39°C, появились ознобы, ноющие боли в поясничной области, усилились головная боль и головокружение. АД колебалось в пределах 160-170/95-100 мм рт.ст, несмотря на прием гипотензивных препаратов.

Объективно:

Состояние больной средней степени тяжести, питание понижено, ИМТ – 17,2 кг/м². Температура 39,2°C. Кожные покровы горячие, повышенной влажности. Отеков нет. Грудная клетка симметрично участвует в дыхании, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. АД 185/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье, усиленный, разлитой, резистность повышена. Тоны сердца ясные, правильного ритма, частотой 96 уд/мин, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпируется нижний полюс правой почки, пальпация болезненна. Мочеточниковые точки безболезненны.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 100 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8; лейкоц. – $12,0 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 18%, с – 63%, л – 16%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 43 мм/час.
2. ОАМ: мутная, кислая, отн. плотность – 1,013; белок - 0,3 г/л, лейкоц. – 40-50 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. – 4-6 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (+), бактерии - (+++).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм повышения температуры тела?
4. Каков механизм повышения АД?
5. Опишите вероятные изменения пульса на лучевых артериях.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №6

Больной Ж., 31 года, доставлен в приемное отделение с жалобами на тошноту, повторную рвоту, приносящую облегчение, жидкий стул, кожный зуд, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: около 10 лет при амбулаторном исследовании анализов мочи фиксировалась изолированная микрогематурия. Обследован урологом (патология отвергнута), нефрологом (рекомендована биопсия почки, от которой пациент отказался). Лекарственных препаратов не принимал. В течение последнего года отмечает учащение мочеиспускания в ночные часы до 3-4 раз. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда отметил появление кожного зуда, сухости во рту, тошноты, рвоты, приносящей облегчение, жидкого стула без патологических примесей, выраженной общей слабости.

Объективно:

Состояние больного тяжелое. Больной сонлив. Запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, шелушащиеся, следы расчесов на брюшной стенке, предплечьях и спине. Щеки как будто присыпаны пудрой. Видимые слизистые бледные, суховаты. Дыхание везикулярное, в подмышечных областях с обеих сторон выслушивается шум трения плевры. АД 170/120 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях хорошего наполнения и напряжения, ЧСС 60 уд/мин. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона на аорте. Язык обложен коричневым налетом, сухой. Живот мягкий, печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация в области проекции почек безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 85 г/л; эр. - $1,9 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,85; ретикулоциты - 0,5%, тромбоциты - $120 \times 10^9/л$, лейкоц. - $4,8 \times 10^9/л$; э - 4%, п - 3%, с - 65%, л - 28%; СОЭ - 24 мм/час.
2. ОАМ: светлая, прозрачная, слабо-кислая, отн. плотность - 1,008; белок - 0,3 г/л, сахар - отр., лейкоц. и эп. - ед. в п.зр.; эр. - 2-5 в п.зр., цилиндры восковидные - 2-3 в п.зр.
3. Креатинин - 0,83 ммоль/л, общий белок 65 г/л.
4. ЭКГ ритм синусовый, частотой 72 в 1 мин., признаки ГЛЖ.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм возникновения тошноты, рвоты, поносов.
4. Объясните механизм изменений кожных покровов.
5. Оцените результаты анализов крови.
6. Оцените общий анализ мочи.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №7

Больная М., 30 лет, поступила в отделение с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной части, головокружения, особенно при перемене положения, мелькание мушек перед глазами, частые безболезненные мочеиспускания малыми порциями (в том числе ночью до 3-4 раз), режущие боли в конце мочеиспускания, ноющие боли в поясничной области, преимущественно справа, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 20 лет, когда впервые после переохлаждения появилось учащенное мочеиспускание малыми порциями, с режями в конце мочеиспускания. За медицинской помощью не обращалась. Последние 3 года стала отмечать появление отечности под глазами, ноющих болей в поясничной области, головных болей, слабость. Периодически отмечала повышение температуры до 37,3 - 37,5°C с ознобами. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилились головные боли, слабость, боли в поясничной области, увеличилась частота мочеиспусканий (каждый час).

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы бледные, сухие, видимые слизистые бледные. Одутловатость лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 160/100 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания положительный, больше справа. Область почек безболезненна, пальпируется нижний полюс правой почки. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочевой пузырь не увеличен, пальпация над лоном умеренно болезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 102 г/л, эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,8; лейкоц. - $10,4 \times 10^9$ /л, э - 2%, п - 8%, с - 72%, л - 16%, м - 2%, СОЭ 28 мм/час.
2. ОАМ: цвет желтый, мутная, отн. плотность 1,014; белок - 0,066 г/л, эр. - нет, лейкоц. - 22-28 в п.зр., цилиндры гиалиновые 2-4 в п.зр., соли фосфаты (+), бактерии (++)
3. Сахар крови - 4,0 ммоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления акцента II тона на аорте.
4. Объясните механизм учащения мочеиспускания.
5. Опишите вероятные данные пальпации области сердца.
6. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
7. Составьте план дополнительного обследования.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №8

Больной Н., 18 лет, жалуется на отеки лица, ног, головную боль, сердцебиения, длительные давящие боли в сердце, слева от грудины, отдающие в левую лопатку, ноющие боли в пояснице, появление мутной красноватой мочи в небольшом количестве, общую слабость, разбитость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 3-х дней, когда появились головные боли, головокружения, вызвал на дом врача, выявлено повышение артериального давления, назначены гипотензивные препараты, однако состояние больного не улучшалось, появились отеки на лице и ногах, что заставило больного обратиться в дежурное терапевтическое отделение.

Из анамнеза жизни: три недели назад перенес ангину, лечился амбулаторно, после чего чувствовал себя хорошо.

Объективно:

Состояние тяжелое. Лицо отечное, апатичное, температура $37,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, достаточной влажности, отеки на пояснице, стопах и голенях. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс на лучевой артерии повышенного наполнения и напряжения. АД 160/105 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 84 в 1 мин., приглушены, акцент II тона над аортой. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слабо болезненно с обеих сторон. Пальпация области почек безболезненна, мочевого пузыря не увеличен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 140 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП - 0,95; лейкоц. - $10,9 \times 10^9/\text{л}$, э - 0%, п - 5%, с - 69%, л - 23%, м - 2%, б - 1%, тромбоциты $290 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 18 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - 1,029; белок - 0,3 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 40-50 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (+).
3. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 80 в 1 мин., электрическая ось сердца расположена правильно, дистрофические изменения в миокарде левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления болей в пояснице.
4. Механизм изменения свойств артериального пульса.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №9

Больной В., 26 лет, предъявляет жалобы на одышку с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке, сердцебиения, головную боль, головокружения, тошноту, отеки на лице, общую слабость.

Из анамнеза жизни: В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, находился на диспансерном учете, строго выполнял все рекомендации. Но оставались головные боли, слабость, артериальное давление чаще было повышенным, иногда отмечались отеки под глазами по утрам, при сдаче анализов мочи всегда находили изменения. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением, после чего отеки под глазами стали более продолжительными, усилились головные боли, появились сердцебиения и одышка.

Объективно:

Общее состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, бледная, видимые слизистые бледно-розовые. Одутловатость лица, отеки на ногах мягкие, подвижные. Над всей поверхностью легких легочный звук, дыхание везикулярное. АД 180/100 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ослаблен, резистентность его снижена, площадь расширена. Тоны сердца правильного ритма, частотой 98 уд/мин., приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно. Пальпация области почек безболезненна. Мочевой пузырь не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 86 г/л, эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8; лейкоц. – $7,9 \times 10^9$ /л, э – 0%, п – 5%, с – 69%, л – 23%, м – 2%, б – 1%, тромбоциты 190×10^9 /л, СОЭ – 23 мм/час.
2. ОАМ: цвет соломенно-желтый, кислая, отн. плотность – 1,008; белок - 0,27 г/л, лейкоц. – 1-3 в п.зр., эп. - 3-4 в п.зр., эр. – 6-10 в п.зр., зернистые цилиндры - 2-4 в п.зр., оксалаты - (+).
3. Общий билирубин – 20,5 мкмоль/л, прямой – 4,6 мкмоль/л, не прямой 15,9 мкмоль/л; общий белок 55 г/л, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,45 ммоль/л, холестерин 8.9 ммоль/л, креатинин – 0,23 ммоль/л, СКФ – 30%.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления инспираторной одышки.
4. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
5. Почему не определяется мочевой пузырь.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №10

Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, отечность лица, повышение температуры тела до 37,3°C, учащенное мочеиспускание небольшим количеством мочи.

Из анамнеза заболевания: подобные боли и периодическое повышение температуры больной отмечает пять лет. При обследовании находили мелкие камешки в обеих почках, иногда они выходили самостоятельно. Ноющие боли в пояснице и рези в конце мочеиспускания больной стал отмечать год назад. Вчера вновь появились колющие, а затем жгучие боли в поясничной области, больше справа, в правой половине живота с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания, из-за болей «не мог найти места», госпитализирован в порядке скорой помощи. При обзорной R-графии брюшной полости выявлен камень до 2 мм в диаметре на уровне устья правого мочеточника. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на мочеиспускание, выделилось около 500 мл мочи, после чего болевые ощущения уменьшились, в дальнейшем моча стала отходить малыми порциями, часто.

Объективно:

Состояние больного средней степени тяжести. Пастозность лица, бледность кожных покровов, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен. Печень не увеличена. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 105 г/л, эр. - $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,85; лейкоц. - $14,9 \times 10^9$ /л, э - 2%, п - 7%, с - 72%, л - 17%, м - 1%, б - 1%, СОЭ - 21 мм/час.
2. ОАМ: цвет красный, кислая, отн. плотность - 1,019; белок - 0,35 г/л, лейкоц. - 24-40 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 20-40 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (++++).
3. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в 1 мин., электрическая ось сердца расположена правильно, дистрофические изменения в миокарде левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления бледности кожных покровов.
4. О чем говорит иррадиация болей в пах, внутреннюю поверхность бедра.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по исследованию пульса.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №11

Больной С., 18 лет, предъявляет жалобы на сильные боли в затылочной части головы, головокружение, тошноту, сердцебиение, выраженные отеки лица, ноющие боли в пояснице, отсутствие мочи, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больным считает себя с утра: проснулся от сильных головных болей и сердцебиения, не смог полностью открыть глаза. Появились неинтенсивные боли в пояснице. Была вызвана бригада скорой помощи и больного госпитализировали.

Из анамнеза жизни: страдает хроническим тонзиллитом, последнее обострение было месяц назад. Лечился амбулаторно. Три дня назад сильно промерз.

Объективно:

Состояние крайне тяжелое, сознание ясное, из-за отеков век не может открыть глаза, выраженная отечность лица, губ. Кожные покровы бледные. Отеки подкожной клетчатки туловища, рук, ног мягкие, подвижные, теплые. Зев гиперемирован, миндалины гиперемированы, увеличены, выбухают в просвет глотки. Подчелюстные лимфоузлы до 2-х см в диаметре, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное, прослушивается повсеместно. АД 180/115 мм рт ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин, усилен II-ой тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна, почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Hb - 135 г/л, эр. - $5,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоц. - $12,9 \times 10^9/л$, э - 2%, п - 4%, с - 65%, л - 25%, м - 3%, б - 1%, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ - 16 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - мало мочи, белок - 0,65 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 40-50 в п.зр., зернистые цилиндры - 1-2 в п.зр.
3. Общий билирубин 21,0 мкмоль/л, прямой - 4,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ - 0,48 ммоль/л, мочевины 12,4 ммоль/л, креатинин 0,25 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления выраженной отечности.
4. Опишите наиболее вероятные свойства артериального пульса.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №12

Больной К., 22 лет, предъявляет жалобы на головные боли, сердцебиение, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, отеки век, общую слабость, малое количество мочи.

Из анамнеза заболевания: три дня назад появился легкий озноб, общая слабость, головные боли, принимал отвары трав, однако слабость и головные боли усилились, стали беспокоить сердцебиения при обычной физической нагрузке, обратился в поликлинику и больного госпитализировали.

Из анамнеза жизни: хронический тонзиллит более десяти лет, последнее обострение около месяца назад, лечился у ЛОР врача. Другими заболеваниями не страдал.

Объективно:

Состояние средней тяжести, положение активное, лицо отечное, зев гиперемирован, миндалины отечны, выбухают в просвет глотки, заднешейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения, удовлетворительного напряжения. АД 130/80 мм рт.ст., Тоны сердца правильного ритма и соотношения, ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 145 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП - 0,85; лейкоц. - $10,9 \times 10^9/\text{л}$, э - 1%, п - 3%, с - 66%, л - 28%, м - 1%, б - 1%, тромбоциты $240 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 19 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - 1,029; белок - 1,35 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - сплошь в п.зр., зернистые цилиндры - 3-4 в п.зр.
3. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, прямой - 3,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ - 0,48 ммоль/л, мочевины - 8,6 ммоль/л, креатинин - 0,19 ммоль/л, общий белок - 59 г/л, холестерин - 8,65 ммоль/л.
4. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, частотой 76 в 1 мин., признаков гипертрофии отделов сердца нет.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. В чем причина отсутствия гипертензионного синдрома?
4. Наиболее вероятное заключение по пальпации мочеточниковых точек.
5. Оцените ОАК и ОАМ.
6. Оцените данные биохимического исследования.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №13

Больная Ш., 50 лет, поступила в отделение с жалобами на сухость во рту, изжогу, тошноту, периодически – рвоту, приносящую облегчение, отсутствие аппетита, поносы, кожный зуд, общую слабость, снижение работоспособности.

Из анамнеза заболевания: Более 20 лет назад случайно был диагностирован хронический пиелонефрит, после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последнего года появилась нарастающая общая слабость, снижение памяти, аппетита, тошнота, больная обратилась к гастроэнтерологу, сделана ФГДС, патологии не было выявлено. Принимала омепразол, но жалобы сохранялись, присоединились поносы и больная для дообследования направлена в стационар.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, больная вялая, апатичная, несколько пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, плечи как будто припудрены, следы расчесов. Видимые слизистые бледные. При дыхании больной ощущается запах аммиака. Пальпаторно в подмышечных областях определяется трение плевры, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. АД 175/115 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 72 уд/мин., ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненное, пальпация почек безболезненная, почки не пальпируются. Мочевой пузырь не увеличен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb - 86 г/л, эр. – $2,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8; лейкоц. – $6,9 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 3%, с – 80%, л – 14%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты $130 \times 10^9/л$, СОЭ – 29 мм/час.
2. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, прямой – 3,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,48 ммоль/л, мочевины - 48,6 ммоль/л, креатинин - 0,72 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, холестерин - 10,65 ммоль/л.
3. ОАМ: цвет бледно-желтый, отн. плотность 1,008; белок 1,33 г/л; эп. 3-5 в п/зр., лейкоц. 6-10 в п/зр., соли оксалаты (+).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. В чем причина припудренности плеч?
4. В чем причина облегчения после рвоты?
5. Какие побочные дыхательные шумы можно выслушать?
6. Оцените данные биохимического исследования.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №14

Больная А., 23 лет, поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, боли в пояснице, головные боли, головокружение, шум в ушах, учащенное мочеиспускание, рези в конце мочеиспускания, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились рези в конце мочеиспускания, лечилась травами, отмечала хороший результат. В последующие годы при появлении резей также никуда не обращалась. Последнее обострение сопровождалось ознобами, повышением температуры до 39°C, впервые появились головные боли и головокружение. Лечение травами не помогло и больная обратилась в поликлинику.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Отечность под глазами, на пояснице, умеренно выражены. Кожные покровы достаточной влажности, бледные. Бледность слизистых оболочек. Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. АД 155/105 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца не смещены, тоны сердца правильного ритма, частотой 100 в 1 мин. Ослаблен I тон над точкой выслушивания митрального клапана. Живот мягкий, безболезнен. Перистальтика определяется. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 100 г/л, эр. – $2,75 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $10,9 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 10%, с – 73%, л – 15%, м – 0%, б – 1%, тромбоциты $110 \times 10^9/л$, СОЭ – 32 мм/ч.
2. ОАМ: цвет светло-желтый, мутная, отн. плотность 1,021; белок 99‰; сахара нет, лейкоц. - 12-20 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., эп. – 2-4 в п/зр. Оксалаты ед в п/зр., бактерии (++)
3. УЗИ почек: почки расположены типично, правая почка 10,1×4,5 см., левая – 9,8×4,3 см., корковый слой правой почки 1,2 мм, левой – 1,3 мм. чашечно-лоханочный комплекс деформирован.
4. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите наиболее вероятные свойства пульса.
4. Какова причина ослабления I тона в точке выслушивания митрального клапана?
5. Оцените ОАК.
6. Оцените результаты УЗИ почек.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

3. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача № 1

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель с мокротой, жесткое дыхание), нарушения бронхиальной проходимости (мокрота с трудом отходящая, удлинение выдоха, жесткое дыхание, гудящие и жужжащие хрипы, одышка), дыхательной недостаточности (одышка с затруднением выдоха, серый диффузный цианоз, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, ЧД 24 в 1 мин.), инфекционно-токсический (повышение температуры, мокрота желтого цвета, повышенная влажность кожных покровов). Основные синдромы: нарушения бронхиальной проходимости и дыхательной недостаточности.
2. Хронический бронхит средней степени тяжести, обострение. ДН II ст.
3. Скапливающаяся за ночь мокрота при перемене положения тела смещается по воздухоносным путям, раздражая кашлевые рецепторы.
4. Механизм образования сухих хрипов связан со скоплением вязкой мокроты на стенках бронхов, неравномерно сужающей их просвет, или с перетяжкой густой мокроты со стенку на стенку бронха.
5. Наиболее вероятен при перкуссии легочный звук, но возможен и легочной звук с коробочным оттенком.
6. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
Анализ мокроты: гнойная мокрота с повышенным количеством лейкоцитов.
Рентгенография ОГК данные за обструктивный бронхит, осложнившийся пневмосклерозом и эмфиземой.
7. Спирометрия: снижены показатели ОФВ₁, отношения ОФВ₁/ЖЕЛ.
8. Хронический обструктивный бронхит средней степени тяжести, обострение, перибронхитический пневмосклероз, эмфизема легких, ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, снижение показателей ОФВ₁, отношения ОФВ₁/ЖЕЛ, рентгенографии ОГК: пневмосклероз, эмфизема).

Задача № 2

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, курение в анамнезе и работа на стройке, жесткое дыхание), нарушения бронхиальной проходимости (мокрота вязкая, множество гудящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких), дыхательной недостаточности 2-3 степени (одышка с затруднением выдоха, диффузный теплый цианоз, ЧД 28 в мин.), инфекционно-токсический (ухудшение состояния после переохлаждения, повышение температуры, мокрота желтого цвета), хронического легочного

сердца, декомпенсации (отеки на ногах, ослабление I тона и систолический шум над мечевидным отростком, увеличение печени). Ведущие синдромы: дыхательной недостаточности, инфекционно-токсический, хронического легочного сердца.

2. Хронический обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение, ДН II ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация.
3. Механизм возникновения сухих хрипов: вязкая мокрота скапливается на стенках бронхов, неравномерно сужая их просвет или тянется как перетяжки от одной стенки бронха к другой. Гудящие и жужжащие хрипы образуются вследствие колебания этих перетяжек. Механизм образования влажных хрипов связан с наличием невязкой мокроты в воздухоносных путях и движениями бронхов и воздуха.
4. В связи с деформацией и уменьшением просвета артерий малого круга кровообращения, увеличивается нагрузка на ПЖ, он гипертрофируется, затем происходит тоногенная и миогенная дилатация его, растягивается фиброзное кольцо ТК и возникает относительная недостаточность ТК, дилатация ПП, поэтому ослабевает I тон (за счет мышечного и клапанного компонента) и появляется систолический шум регургитации. Гепатомегалия и отеки на ногах являются следствием декомпенсации хронического легочного сердца.
5. Недостающие данные: при перкуссии над легкими легочный звук с коробочным оттенком, отмечается смещение правой границы относительной тупости сердца; мокрота гнойная с увеличением нейтрофилов и макрофагов.
6. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.
7. На рентгенограмме ОГК усиление легочного рисунка, расширение корней, признаки эмфиземы (повышенная воздушность легких, расширение межреберных промежутков), смещение правой границы относительной тупости сердца.
8. Хронический обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение, перибронхитический пневмосклероз, эмфизема легких, ДН II ст, хроническое легочное сердце, декомпенсация. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, рентгенография ОГК: усиление легочного рисунка, признаки эмфиземы, смещения правой границы относительной тупости сердца).

Задача № 3

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание, жужжащие и свистящие хрипы), бронхоспазма (приступы одышки с затруднением выдоха, удушье, положение легочного ортопное, диффузный серый цианоз), инфекционно-токсический (повышение температуры, влажная кожа), повышенной воздушности легочной ткани (бочкообразная грудная клетка, поверхностное дыхание, коробочный звук при перкуссии,

ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка), дыхательной недостаточности (одышка, вынужденное положение легочное ортопное, диффузный серый цианоз, резкое удлинение выдоха, бочкообразная грудная клетка, поверхностное дыхание), тахикардальный (ЧСС 100 в мин). Ведущий - синдром бронхоспазма.

2. Бронхиальная астма инфекционно – аллергическая, средней степени тяжести, обострение. Хронический обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение. Эмфизема легких. ДН II ст. Поливалентная лекарственная и пищевая аллергия. Поллиноз.
3. Механизм возникновения жужжащих хрипов – появление вязкой мокроты, свистящих хрипов – бронхоспазм; экспираторная одышка обусловлена бронхоспазмом.
4. Непродуктивный кашель возникает вследствие образования небольшого количества вязкой стекловидной мокроты.
5. Голосовое дрожание ослаблено, симметрично, основной дыхательный шум – жесткое дыхание. ФВД: снижение ОФВ₁, пробы Тиффно, пиковой скорости выдоха. Значительное увеличение остаточного объема легких, функциональной остаточной емкости. Рентгенологическое исследование легких: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, диафрагма опущена, межреберные промежутки расширены.
6. Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, повышение СОЭ. Анализ мокроты типичен для приступа бронхиальной астмы: стекловидная, спирали Куршмана, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена. ОАМ и показатели б/х анализа крови без патологии.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 120 в мин, эл ось смещена вправо. Гипертрофия правого предсердия и правого желудочка, перегрузка правого желудочка.
8. Бронхиальная астма инфекционно – аллергическая, средней степени тяжести, обострение; хронический обструктивный бронхит, средней степени тяжести, обострение; эмфизема легких; ДН II ст; хроническое легочное сердце, компенсация; поливалентная лекарственная и пищевая аллергия; поллиноз. (Предварительный клинический диагноз, палочкоядерный лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ, наличие стекловидной мокроты, спиралей Куршмана и кристаллов Шарко-Лейдена в ней; ЭКГ: гипертрофия правого предсердия и правого желудочка).

Задача № 4

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание, жужжащие хрипы), нарушения бронхиальной проходимости (количество отходящей мокроты 200-300 мл/с, жужжащие хрипы), повышенной воздушности легких (теплый серый цианоз, ногти в виде часовых стекол, пальцы в виде барабанных палочек, бочкообразная грудная клетка), дыхательной недостаточности (смешанная одышка, теплый серый цианоз, ЧД 28 в мин), хронического легочного сердца (ослабление I тона и

систолический шум над основанием мечевидного отростка, увеличение печени, пастозность голеней), тахикардальный (ЧСС 100 в мин.). Ведущий синдром – дыхательной недостаточности.

2. Хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение. Эмфизема. ДН III ст. Хроническое легочное сердце, декомпенсация.
3. Механизм образования влажных хрипов: невязкая мокрота выходит из бронхоэктазов в просвет бронхов и при прохождении по ним воздуха возникают влажные звучные хрипы. Вследствие перемещения человека из горизонтального положения в вертикальное, большое количество мокроты смещается по бронхам и, раздражая их, вызывает кашель с отхождением мокроты полным ртом.
4. В связи с деформацией и уменьшением просвета артерий малого круга кровообращения, увеличивается нагрузка на ПЖ, он гипертрофируется, затем происходит тоногенная и миогенная дилатация его, растягивается фиброзное кольцо ТК и возникает относительная недостаточность ТК, дилатация ПП, поэтому ослабевает I тон (за счет мышечного и клапанного компонента) и появляется систолический шум регургитации. Гепатомегалия и отеки на ногах являются следствием декомпенсации хронического легочного сердца.
5. При перкуссии легких – звук коробочный. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо за счет увеличения правого предсердия и правого желудочка. Мокрота вероятнее всего 3-х слойная (слизисто-гнойный, серозный, гнойный), либо 2-х слойная (серозный, гнойный), повышено количество нейтрофилов и макрофагов.
6. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ, снижение Нв. Спирометрия: снижен ОФВ₁ и индекс Тиффно. В ОАМ и б/х показателях крови патологии нет.
7. Выявлены бронхоэктазы.
8. ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение, эмфизема, ДН III ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация, хроническая нормохромная анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно, снижение уровня гемоглобина при сохраненном цветовом показателе, данные бронхографии).

Задача № 5

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, мокрота, , шахтер, курильщик, жесткое дыхание, свистящие и жужжащие хрипы), нарушения бронхиальной проходимости (одышка с затруднением выдоха, жесткое дыхание, свистящие и жужжащие хрипы), повышенной воздушности легочной ткани (диффузный розовый цианоз, бочкообразная грудная клетка, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, коробочный звук), дыхательной недостаточности (одышка, розовый цианоз, ЧД 25 в мин), инфекционно-токсический (ознобы, повышение температуры, мокрота желтого цвета). Ведущий – нарушения бронхиальной проходимости.
2. Хронический обструктивный бронхит, обострение, эмфизема, ДН-II ст.
3. Лейкоцитоз возникает вследствие обострения хронического бронхита.
4. Длительное воздействие никотина, угольной пыли вызывает неполностью обратимую или необратимую бронхиальную обструкцию.
5. ИК-45.
6. Отмечается снижение показателей спирометрии, что характерно для среднетяжелого течения ХОБЛ.
7. В пределах нормы.
8. ХОБЛ средней степени тяжести, обострение, хронический обструктивный бронхит, обострение, перибронхитический пневмосклероз, эмфизема. ДН-II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз, рентгенологические изменения, снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно).

Задача № 6

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, мокрота, курильщик, жесткое дыхание, жужжащие хрипы), нарушения бронхиальной проходимости (диффузный цианоз, жесткое дыхание, жужжащие хрипы), дыхательной недостаточности (одышка, цианоз, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, ЧД 22 в мин), инфекционно-токсический (повышение температуры, зеленоватая мокрота). Ведущий – нарушения бронхиальной проходимости.
2. Хронический обструктивный бронхит, обострение, эмфизема, ДН-II ст.
3. ИК-54.
4. Гипертрофия правого желудочка вследствие повышения давления в легочной артерии.
5. Отражает наличие воспалительного процесса.
6. Анализ мокроты на атипичные клетки, микобактерии туберкулеза, посев мокроты для определения чувствительности флоры к антибиотикам.
7. Отмечается снижение показателей, характерных для среднетяжелого течения ХОБЛ.

8. ХОБЛ средней степени тяжести, обострение, обструктивный бронхит, обострение, эмфизема, ДН-II ст., хроническое легочное сердце, компенсация. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз крови, данные ЭКГ и общего анализа мокроты, снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно).

Задача № 7

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, мокрота), бронхообструктивный (приступы экспираторной одышки, удушья, вынужденное положение легочного ортопное, удлиненный выдох, свистящие хрипы), дыхательной недостаточности (экспираторная одышка, удушье, ЧД 22 в мин.), тахикардальный (ЧСС 100 в мин). Ведущий - бронхообструктивный.
2. Бронхиальная астма экзогенная, легкое течение, обострение, ДН – I ст.
3. Гиперреактивность бронхов, обусловленная воздействием аллергена.
4. Учащение ритма сердечной деятельности.
5. Эозинофилия, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, свидетельствуют в пользу бронхиальной астмы.
6. Показатели в пределах нормы.
7. Рентгенография придаточных пазух носа, спирометрия, кожные пробы с аллергенами, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, иммунограммы.
8. Бронхиальная астма, экзогенная, легкое течение, фаза обострения, ДН I ст. (Предварительный клинический диагноз, эозинофилия, наличие в мокроте эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана).

Задача № 8

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, мокрота, жесткое дыхание, свистящие хрипы), бронхообструктивный (приступы одышки, удушья, жесткое дыхание, свистящие хрипы), дыхательной недостаточности (приступы одышки, удушья, вынужденное положение легочного ортопное, цианоз, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, шумное свистящее дыхание), повышенной воздушности легочной ткани (бочкообразная грудная клетка, слабое её участие в дыхании, участие в дыхании вспомогательных мышц, коробочный звук), тахикардальный (ЧСС 110 в мин,). Ведущий - бронхообструктивный.
2. Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая, течение средней степени тяжести, фаза обострения. ДН – III ст.
3. Свидетельствует об аллергической природе заболевания.
4. Гиперреактивность бронхов.
5. Характерен для бронхиальной астмы.

6. Подтверждает обратимость бронхиальной обструкции.
7. Рентгенография ОГК, придаточных пазух носа, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, иммунограммы, провести кожные пробы с аллергенами.
8. Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая, течение средней степени тяжести, фаза обострение ДН III ст. (Предварительный клинический диагноз, эозинофилия, наличие в мокроте эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана; снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно, положительной пробы с беродуалом).

Задача № 9

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, мокрота, курильщик, жесткое дыхание, жужжащие хрипы), нарушения бронхиальной проходимости (одышка с затруднением выдоха, большое количество жужжащих хрипов), дыхательной недостаточности (одышка с затруднением выдоха, ЧД 23 в мин.), инфекционно-токсический (повышение температуры, головные боли, общая слабость, лихорадочный румянец на лице, влажные кожные покровы, ЧСС 100 в мин.), тахикардальный (ЧСС 100 в мин.). Ведущий – бронхитический.
2. Хронический бронхит, обострение. ДН- I ст.
3. Раздражение кашлевых рецепторов, расположенных в бронхах.
4. Нейтрофильный лейкоцитоз, повышение уровня СОЭ характерны для воспалительного процесса.
5. Отсутствие изменений легочной ткани, что важно для дифференциальной диагностики.
6. Все приведенные показатели характерны для воспалительного процесса.
7. ИК - 4.
8. Хронический бронхит, обострение. ДН - I ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, наличия вязкой слизисто-гнойной мокроты со сгустками фибрина, повышенным количеством лейкоцитов и эпителия).

Задача № 10

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание); нарушения проходимости бронхов (одышка с затруднением выдоха, кашель с трудно отходящей вязкой мокротой, набухание шейных вен при кашле); повышенной воздушности легочной ткани (легкий диффузный цианоз, «бочкообразная» грудная клетка, дыхание поверхностное, ослабленное, частотой 28 в 1 минуту, набухание шейных вен при покашливании); дыхательной недостаточности (одышка в покое, до 28 в 1 минуту); хронического легочного сердца в стадии компенсации (ослабление I тона над мечевидным отростком, отклонение электрической оси вправо, неполная блокада правой ножки пучка Гиса); инфекционно-токсический (повышение температуры, общая слабость, недомогание); тахикардальный (повышение ЧСС до 96 в 1 минуту). Ведущий синдром – нарушения бронхиальной проходимости.
2. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, эмфизема легких, ДН II ст. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации.
3. Механизм образования синдрома повышенной воздушности легочной ткани связан с длительным нарушением проходимости воздухоносных путей преимущественно на выдохе.
4. При перкуссии легких можно выявить коробочный звук; смещение нижних границ легких вниз, а верхних вверх; расширение полей Кренига; снижение или отсутствие экскурсии нижнего края легких.
5. Тахикардия, ослабление I тона над основанием мечевидного отростка.
6. ЭКГ: признаки легочного сердца.
7. ФВД, рентгенографию ОГК, исследование чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, анализ мокроты на БК, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка.
8. Хронический обструктивный бронхит, стадия обострения, эмфизема легких, ДН II ст. Хроническое легочное сердце компенсация. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, слизисто-гнойная двухслойная мокрота с повышенным содержанием лейкоцитов, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ).

Задача № 11

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой); бронхоспазма (экспираторная одышка, доходящая до степени удушья, вынужденное положение легочного ортопноэ, удлинение выдоха, хрипы на расстоянии, активное участие вспомогательных мышц в акте дыхания, поверхностное дыхание, наличие над легкими легочного звука с коробочным оттенком, смещение границ легких, снижение экскурсии легких); дыхательной недостаточности (легкий диффузный цианоз, поверхностное дыхание); интоксикационный (слабость, повышение температуры, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ); тахикардальный (сердцебиение, учащение частоты сердечных сокращений до 108 в 1 минуту). Ведущий - синдром бронхоспазма.
2. Смешанная бронхиальная астма, средней степени тяжести, обострение, хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН I ст.
3. Бронхоспазм возникает вследствие воздействия алергизирующих факторов, появившихся при ремонте дома и воспалительном процессе в бронхах.
4. Легочное ортопноэ.
5. Жесткое ослабленное дыхание, сухие свистящие хрипы.
6. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, ускорение СОЭ.
7. Рентгенографию ОГК, придаточных пазух носа, ФВД с ингаляционными пробами, исследование мокроты на БК, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка.
8. Смешанная бронхиальная астма, обострение; хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН I ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, ускорение СОЭ).

Задача № 12

1. Синдромы: интоксикационный (повышение температуры, лихорадочный блеск глаз, румянец на правой щеке, общая слабость, снижение аппетита, учащение частоты сердечных сокращения и дыхания, нейтрофильный лейкоцитоз с регенеративным сдвигом влево, ускорение СОЭ); раздражения плевры (боли в правой половине грудной клетки при дыхании, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания); уплотнения легочной ткани (одышка при разговоре, учащение частоты дыхания в покое до 28 в одну минуту, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания, наличие притуплено-тимпанического звука над пораженным участком правого легкого, наличие инфильтрации в проекции нижней доли справа при рентгенологическом исследовании); дыхательной недостаточности 2-3 степени (одышка при разговоре, учащение

дыхательных движений до 28 в одну минуту); гипотонический (мягкий пульс малого наполнения, снижение АД до 85/60 мм. рт. ст., ослабление II тона над аортой); тахикардальный (учащение ЧСС до 112 в 1/мин).

2. Крупозная пневмония в нижней доле справа, тяжелое течение, ДН II ст.
3. Раздражение плевральных оболочек правого легкого.
4. Появление выпота как в межальвеолярном пространстве, так и в альвеолах, приводящее к уплотнению легочной ткани.
5. Ослабление везикулярного дыхания или смешанное дыхание, на фоне которого выслушиваются крепитация и шум трения плевры.
6. Нейтрофильный лейкоцитоз с регенераторным сдвигом влево и ускорение СОЭ.
7. ЭКГ, б/х анализ крови, при появлении мокроты - общий анализ мокроты, посев мокроты на определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, рентгенографию придаточных пазух носа, контроль ОАК и рентгенографии ОГК.
8. Крупозная пневмония в нижней доле справа, тяжелое течение. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; наличие инфильтрации в нижнем легочном поле с четкими контурами, соответствующая в боковой проекции нижней доле).

Задача № 13

1. Синдромы: бронхоспастический (мучительный приступ кашля, жесткое дыхание, свистящие хрипы с обеих сторон); раздражения бронхов (сухой кашель, вначале неинтенсивный, затем приступообразный, жесткое дыхание, свистящие хрипы); болевой мышечный (боли в мышцах); интоксикационный (ознобы, повышение температуры, кожные покровы повышенной влажности, горячие, гиперемия конъюнктив, учащение ЧСС); тахикардальный (ЧСС 100 в 1 мин., скорый пульс).
2. Острый вирусный бронхит. ДН 0 ст.
3. Ответная реакция на выраженное раздражение бронхов.
4. Воспалительный процесс в верхних дыхательных путях, конъюнктиве глаз, гортани, трахее, бронхах.
5. Возможно снижение нижних границ легких вниз, а верхних вверх, уменьшение экскурсии легких.
6. Анализ крови без патологии.
7. Рентгенографию ОГК, придаточных пазух носа, ЭКГ, ОАМ, при снятии приступа бронхоспазма – ФВД, при появлении мокроты – общий анализ мокроты, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка.
8. Острый вирусный бронхит ДН 0. (Предварительный клинический диагноз, отсутствие изменений крови).

Задача № 14

1. Синдромы: интоксикационный (повышение температуры с ознобами, общая слабость, гнойная мокрота до 200 мл/с. со зловонным запахом, ЧСС – 124 в 1 мин.); раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание, жужжащие и среднепузырчатые хрипы); дыхательной недостаточности (одышка при физической нагрузке, умеренно выраженный диффузный цианоз, ЧД – 30 в 1 мин.); тахикардальный (пульс скорый, ЧСС – 124 в 1 мин.); хронического легочного сердца (смещение правой границы относительной тупости сердца вправо. ЧСС – 124 в 1 мин., ослабление I тона над основанием мечевидного отростка, систолический шум над основанием мечевидного отростка, проводящийся вправо, увеличения печени с закругленным краем).
2. Бронхоэктатическая болезнь, обострение, ДН III ст., хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации.
3. Длительный воспалительный процесс в бронхах.
4. Увеличение «мертвого пространства» вследствие расширения бронхов.
5. Электрическая ось сердца отклонена вправо, P-pulmonale, признаки гипертрофии правого желудочка.
6. Воспалительные изменения мокроты, зловонный запах свидетельствует о наличии гнилостной флоры.
7. ОАК, рентгенографию ОГК, мультиспиральную КТ грудной клетки, бронхографию, ФВД, анализ мочи на амилоидные массы, УЗИ печени, селезенки и почек, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы.
8. Бронхоэктатическая болезнь, обострение, хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации. ДН III ст. (Предварительный клинический диагноз, воспалительные изменения мокроты, признаки легочного сердца на ЭКГ).

Задача № 15

1. Синдромы: уплотнения легочной ткани (отставание половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания, укорочение легочного звука, смешанное дыхание и усиление бронхофонии в III межреберье справа); полости в легком, содержащей жидкость и воздух (отставание половины грудной клетки в акте дыхания, притупленно-тимпанический звук при перкуссии, бронхиальное дыхание, на фоне которого прослушиваются крупно- и среднепузырчатые звучные хрипы, усиление бронхофонии); интоксикационный (повышение температуры, общая слабость, тошнота, тахикардия); раздражения плевры (боли в левой половине грудной клетки, положение на левом боку); раздражения бронхов (кашель с мокротой); дыхательной недостаточности (смешанная одышка, ЧД

- 24 в 1 минуту); тахикардальный (ЧСС - 112 в 1 минуту). Ведущий синдром – полости в легком.
2. Абсцесс левого легкого после прорыва, ДН II ст.
 3. Раздражение плевры.
 4. Гнойное расплавление паренхимы легких и отхождение содержимого через воздухоносные пути.
 5. Корни легких расширены, слева в верхней доле инфильтрация с округлым нижним краем, в верхней части которой образовалась полость деструкции с уровнем жидкости. Границы сердца не смещены.
 6. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево вплоть до миелоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов и ускорение СОЭ свидетельствуют о выраженном воспалительном процессе.
 7. Контрольную R-графию ОГК, ЭКГ, повторно общий анализ мокроты, посев мокроты для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы.
 8. Абсцесс левого легкого после прорыва, ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, данные общего анализа крови).

Задача № 16

1. Синдромы: неполного обтурационного ателектаза (отставание половины грудной клетки в акте дыхания, ослабление голосового дрожания над пораженной стороной, притуплено-тимпанический звук при перкуссии, уменьшение экскурсии пораженной стороны, ослабление везикулярного дыхания); интоксикационный (прогрессирующая общая слабость, похудание, снижение аппетита, тошнота, больной выглядит старше своего возраста, морщинистость лица, шеи, снижение тургора кожи); болевой (боли за верхней частью грудины); раздражения бронхов (кашель с мокротой); анемический (бледность кожи и видимых слизистых); дисфагии (затруднение глотания). Ведущие синдромы – интоксикации и неполного обтурационного ателектаза.
2. Бронхогенный рак правого главного бронха.
3. При неполном обтурационном ателектазе легкое уплотняется, вследствие чего наблюдается притупление легочного звука, однако воздух еще остается в альвеолах, что обеспечивает тимпанический оттенок.
4. Прорастание опухоли в средостение, или появление метастазов в средостении.
5. Бронхофония справа не определяется, т.к. просвет бронха уменьшен.
6. Выявлено снижение белка крови.
7. Рентгенологическое исследование ОГК и пищевода, мультиспиральная КТ ОГК, ОАК, общий анализ мокроты, анализ мокроты на атипичные клетки, ФБС с биопсией и исследование промывных вод бронхов на атипичные клетки и БК, консультация онколога.

8. Бронхогенный рак правого главного бронха. ДН 0. (Предварительный клинический диагноз, уменьшение уровня белка крови).

Задача № 17

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание, жужжащие хрипы); повышенной воздушности легочной ткани (сглаженность надключичных ямок, расширение межреберных промежутков, снижение экскурсии нижних границ легких поверхностное дыхание, коробочный звук при перкуссии, приглушенность тонов сердца, ослабление I тона над основанием мечевидного отростка); инфекционно-токсический (повышение температуры, общая слабость, желтого цвета мокрота, ЧСС 98 в 1 мин.); дыхательной недостаточности (снижение ОФВ₁, индекса Тиффно, одышка с затрудненным выдохом, поверхностное дыхание, ЧД 23 в 1 мин.), тахикардальный (ЧСС 98 в мин). Ведущий - синдром раздражения бронхов.
2. ХОБЛ, обострение, хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН I ст.
3. Ранний признак повышения воздушности легких за счет неполного выхода воздуха из альвеол.
4. Непродуктивный кашель возникает вследствие наличия вязкой мокроты.
5. Голосовое дрожание проводится равномерно с обеих сторон. Рентгенография ОГК свидетельствует о повышении воздушности легких, усилении легочного рисунка.
6. Признаки нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, ускорения СОЭ свидетельствуют о наличии воспалительного процесса.
7. Слизисто-гнойная мокрота с появлением нейтрофилов свидетельствует о воспалительном процессе.
8. ХОБЛ, обострение, хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН I ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с повышенным количеством нейтрофилов).

Задача № 18

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание, жужжащие и свистящие хрипы); повышенной воздушности легочной ткани (бочкообразная грудная клетка, слабо участвующая в акте дыхания, коробочный оттенок легочного звука при перкуссии, набухание шейных вен, приглушенность тонов сердца, ослабление I тона над основанием мечевидного отростка); дыхательной недостаточности (одышка с затрудненным выдохом, диффузный цианоз, ЧД 22 в 1 мин, снижение ОФВ₁, индекса Тиффно); хронического легочного сердца в стадии декомпенсации

(сердцебиения, отеки ног, тупые боли в правом подреберье, набухание шейных вен, поочередный венозный пульс, смещение верхушечного толчка до средне-подмышечной линии слева, акцент тона над легочной артерией, ослабление I тона над мечевидным отростком, увеличение печени с закругленным нижним краем, блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка); тахикардальный (ЧСС 98 в мин). Ведущий синдром - хронического легочного сердца в стадии декомпенсации.

2. ХОБЛ, IV стадия, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, перибронхитический пневмосклероз, ДН II ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация.
3. Положительный венозный пульс возникает при регургитации крови из правого желудочка сердца в правое предсердие.
4. Изменения со стороны печени обусловлены застоем крови в большом круге кровообращения.
5. Р pulmonale.
6. Снижение ОФВ₁, характерное для IV стадии ХОБЛ.
7. ИК 28.
8. ХОБЛ, IV стадия, хронический обструктивный бронхит вне обострения, эмфизема легких, перибронхитический пневмосклероз, ДН II ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация. (Предварительный клинический диагноз, отсутствие признаков воспалительных изменений по данным ОАК, уровень снижения ОФВ₁ и индекса Тиффно).

Задача № 19

6. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота); полости в легком, наполовину заполненной (одновременное отхождение большого количества мокроты, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, притупленно-тимпанический звук при перкуссии справа в II и III межреберных промежутках, наличие там же звучных среднепузырчатых хрипов); инфекционно-токсический (повышение температуры, общая слабость, шоколадного цвета мокрота с запахом горелого мяса, ЧСС 112 в 1 мин.); дыхательной недостаточности (смешанная одышка при разговоре, ЧД 28 в 1 мин.), тахикардальный (ЧСС 112 в мин). Ведущий – инфекционно-токсический и полости в легком, наполовину заполненной.
7. Внебольничная пневмония, осложненная абсцедированием с прорывом в бронх, ДН II ст.
8. Кашель с мокротой появился вследствие прорыва участка гнойного расплавления в бронх.
9. Патологическое бронхиальное дыхание.
10. Признаки нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, ускорения СОЭ свидетельствуют о наличии воспалительного процесса.

11. Рентгенологически можно выявить полость в верхней доле справа с уровнем жидкости и окружающей воспалительной инфильтрацией.
12. Повышение уровня фибриногена.
13. Внебольничная пневмония справа в верхней доле, осложненная абсцедированием с прорывом в бронх. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, рентгенологические изменения, острофазовые показатели).

Задача № 20

1. Синдромы: интоксикации (слабость, снижение работоспособности, головные боли, повышение температуры, снижение аппетита, усталый взгляд, серые, пониженного тонуса кожные покровы.); бронхиального раздражения (кашель); уплотнения легочной ткани (усиление голосового дрожания, укорочение легочного звука и ослабление везикулярного дыхания справа в подлопаточной области). Ведущий – интоксикации.
2. Рак нижней доли правого легкого, ДН 0 ст.
3. Высока вероятность облучения больного во время службы на флоте, способствующего развитию онкопатологии.
4. Без патологии.
5. Снижение общего белка, повышение уровня фибриногена.
6. Без патологии.
7. Рентгенография ОГК, мультиспиральная КТ ОГК, ФБС с биопсией и исследованием промывных вод на атипичные клетки и БК, УЗИ печени.
8. Рак нижней доли правого легкого, ДН 0 ст. (Предварительный клинический диагноз, снижение общего белка крови, повышение уровня фибриногена).

Задача № 21

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание, жужжащие и незвучные мелкопузырчатые хрипы); полного обтурационного ателектаза (смешанная одышка, отсутствие голосового дрожания и дыхательных шумов, тупой перкуторный звук справа); геморрагический (прожилки крови в мокроте); болевой (боли ноющие справа); интоксикационный (общая слабость, снижение аппетита, сухие, дряблые кожные покровы).
2. Центральный рак среднедолевого бронха, экзофитный. Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, перибронхитический пневмосклероз, ДН III ст.
3. Курение и длительный подземный стаж работы, хронический бронхит способствуют развитию рака легких.
4. Полный обтурационный ателектаз.
5. Бронхофония отсутствует.

6. Анемия легкой степени, тромбоцитоз, ускорение СОЭ не исключают наличие онкопатологии.
7. ФБС с биопсией и исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки и БК, мультиспиральная КТ ОГК, общий анализ мокроты, консультация онколога, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы.
8. Центральный рак среднедолевого бронха, экзофитный. Полный обтурационный ателектаз. Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, перибронхитический пневмосклероз, ДН III ст. Анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, данные рентгенографии ОГК, признаки анемии, тромбоцитоза, ускорения СОЭ).

Задача № 22

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель, кровохарканье); неполного обтурационного ателектаза (смешанная одышка, значительное ослабление голосового дрожания, притупленно-тимпанический звук и ослабление везикулярного дыхания слева); геморрагический (кровохарканье); интоксикационный (общая слабость, значительное похудание, дряблые, суховатые кожные покровы).
2. Центральный рак верхнедолевого бронха слева, экзофитный. Неполный обтурационный ателектаз, ДН II ст.
3. Нарушение целостности кровеносного сосуда.
4. Изменения характерны для не полного обтурационного ателектаза.
5. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, ускорение СОЭ. Характерны для анемии легкой степени.
6. Увеличение уровня фибриногена, снижение общего белка.
7. ФБС с биопсией и исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки и БК, мультиспиральная КТ ОГК, общий анализ мокроты, консультация онколога, консультация гинеколога.
8. Центральный рак верхнедолевого бронха слева, экзофитный. Неполный обтурационный ателектаз. ДН II ст. Анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, данные рентгенографии ОГК, признаки анемии, ускорения СОЭ).

Задача № 23

1. Синдромы: раздражения плевры (боли при дыхании, редкий сухой кашель, положение на больном боку уменьшает боли, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, снижение из-за боли экскурсии нижней границы легких справа, трение плевры справа в подмышечной области); интоксикационный (слабость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры, тахикардия); тахикардальный (ЧСС 112 в 1 мин.).
2. Сухой плеврит справа. ДН 0 ст.
3. Легочный.
4. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
5. Снижение уровня белка, повышение фибриногена.
6. Без патологии.
7. Антибактериальная, обезболивающая терапия, рентгенография ОГК, ОАК в динамике.
8. Сухой плеврит справа, ДН 0 ст. (Предварительный клинический диагноз, данные рентгенографии ОГК, ОАК, повышение уровня фибриногена).

Задача № 24

1. Синдромы: гидроторакса (тяжесть в грудной клетке, редкий сухой кашель, увеличение правой половины грудной клетки, отставание ее при дыхании, расширение межреберных промежутков, отсутствие ниже 4 ребра справа голосового дрожания, дыхательных шумов и наличие там же абсолютной тупости); компрессионного ателектаза (смешанная одышка, наличие притупленно-тимпанического звука и смешанного дыхания выше 4 ребра справа); дыхательной недостаточности (смешанная одышка, ЧД 26 в 1 мин.); интоксикационный (слабость, головные боли, повышение температуры, повышенная влажность кожных покровов, тахикардия); тахикардальный (ЧСС 120 в 1 мин.).
2. Выпотной плеврит справа. ДН II ст.
3. Нарушение оксигенации крови в зоне компрессионного ателектаза.
4. Лучше дышит здоровая половина легкого.
5. Бронхофония отсутствует.
6. В правой плевральной полости имеется свободная жидкость до 4 ребра с верхним уровнем идущим косо латерально, сдавливающая легкое и смещающая в здоровую сторону средостение.
7. Плевральная пункция с диагностической (общий анализ экссудата, определение лейкоцитарной формулы экссудата, глюкозы, электролитов, ВК, атипичных клеток, с посевом экссудата на микрофлору и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам) и лечебной целью, ЭКГ.
8. Экссудативный плеврит справа, ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, ускорение СОЭ).

Задача № 25

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание); дыхательной недостаточности (смешанная одышка, ЧД 22 в 1 мин; инфекционно-токсический (повышение температуры с ознобами, желтоватая мокрота, общая слабость, горячие влажные кожные покровы, ЧСС 108 в 1 мин.); тахикардальный (ЧСС 108 в 1 мин.).
2. Хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение, ДН II ст.
3. С обеих сторон жужжащие, незвучные мелко- и среднепузырчатые хрипы.
4. Увеличение амплитуды зубцов $R_{V1,2}$ и $S_{V5,6}$; сумма амплитуд зубцов R_{V1} $S_{V5,6}$ большая или равная 10,5 мм, исчезновение зубца $Q_{V5,6}$; смещение электрической оси сердца вправо и сегмента ST ниже изолинии, формирование отрицательного или двухфазного зубца $T_{V1,2}$, III, AFV; возможно появление полной или не полной блокады правой ножки пучка Гиса.
5. Мокрота слизисто гнойная, трех- или двухслойная, лейкоц. 12-18 в п.зр.
6. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, свидетельствующее о воспалительном процессе.
7. Мультиспиральная КТ ОГК, бронхография, исследование уровня α_1 -антитрипсина, общий анализ мокроты, исследование микрофлоры мокроты на чувствительность к антибиотикам.
8. Хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение, ДН II ст. ХЛС, компенсация. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, данные рентгенографии, ФБС, ЭКГ).

Задача № 26

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание); не полного обтурационного ателектаза (смешанная одышка, отставание левой половины грудной клетки в дыхании, ослабление голосового дрожания притупленно-тимпанический легочный звук, значительное ослабление жесткого дыхания и отсутствие бронхофонии в подлопаточной области слева); интоксикационный (общая слабость, снижение аппетита, похудание, серовато-землистые кожные покровы со сниженным тургором); дыхательной недостаточности (смешанная одышка при легкой физической нагрузке, ЧД 25 в 1 мин.).
2. Центральный рак нижнедолевого бронха слева, экзофитный. Неполный обтурационный ателектаз.. ДН II ст.
3. Служба в войсках химической защиты, работа.
4. Проходимость долевого бронха уменьшена, спавшееся легкое в меньшей степени участвует в дыхании.

5. Нейтрофильный лейкоцитоз и ускорение СОЭ, свидетельствуют о наличии воспалительного процесса.
6. Снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно свидетельствуют о нарушении проходимости бронхов.
7. ФБС с биопсией и исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки и БК, мультиспиральная КТ ОГК, общий анализ мокроты, консультация онколога, консультация гинеколога.
8. Центральный рак нижнедолевого бронха слева, экзофитный. Неполный обтурационный ателектаз. Хронический бронхит, обострение. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, данные рентгенографии ОГК, наличие в крови нейтрофильного лейкоцитоза и ускорения СОЭ, снижение показателей ФВД).

Задача № 27

1. Синдромы: раздражения бронхов (кашель с мокротой); бронхоспазма (одышка с затрудненным выдохом, удушье, аллергия на тополиный пух, краску, вынужденное положение легочного ортопное, дыхание везикулярное с удлиненным выдохом, свистящие хрипы); дыхательной недостаточности (одышка с затрудненным выдохом, удушье, легкий диффузный цианоз, ЧД 20 в 1 мин.); тахикардальный (ЧСС 112 в 1 мин.).
2. Бронхиальная астма экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН I степени.
3. Появление кашля связано с наличием в мелких бронхах небольшого количества вязкой мокроты.
4. Появление коробочного оттенка легочного звука свидетельствует о повышении воздушности легких.
5. Мокрота слизистая, вязкая, спирали Куршмана, эоз. – 6-8 в п.зр., кристаллы Шарко-Лейдена.
6. Эозинофилия, ускорение СОЭ, свидетельствует об аллергизации организма.
7. Анализ мокроты общий, определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, определение ОФВ₁ с ингаляционными пробами, ЭКГ.
8. Бронхиальная астма экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН I степени. (Предварительный клинический диагноз, эозинофилия, ускорение СОЭ, данные рентгенографии ОГК).

Задача № 28

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, першение за грудиной), бронхоспазма (приступы одышки с чувством затрудненного выдоха); Ведущий синдром – бронхоспазма.
2. Бронхиальная астма, экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН 0 ст.
3. Не было контакта с аллергенами.
4. Обследование больного проводилось вне приступа.
5. Данные соответствуют показателям здорового .
6. Вариант нормы.
7. Исследование ФВД при приступе с бронхолитиками, более широкий спектр аллергологического обследования, иммунограмму, рентгенографию органов грудной клетки, рентгенографию придаточных пазух носа.
8. Бронхиальная астма экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН 0 ст. (Предварительный клинический диагноз, эозинофилия, аллергологические пробы на шерсть, книжную пыль).

Задача № 29

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание, жужжащие хрипы), повышенной воздушности легких (теплый цианоз, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, коробочный оттенок легочного звука, набухание шейных вен), дыхательной недостаточности (смешанная одышка, теплый цианоз, ЧД 28 в мин), хронического легочного сердца (ослабление I тона над основанием мечевидного отростка, увеличение печени), инфекционно-токсический (повышене температуры, слабость, головные боли, быстрая утомляемость, влажные кожные покровы); тахикардальный (ЧСС 132 в мин.). Ведущие синдромы – инфекционно-токсический и дыхательной недостаточности.
2. Хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение. Эмфизема. ДН II ст. Хроническое легочное сердце, декомпенсация.
3. Признаки воспалительной интоксикации, дыхательной недостаточности, нарушения обмена.
4. Появление одышки связано с увеличением «мертвого пространства», развитием эмфиземы прежде всего.
5. Акцент II тона над легочной артерией свидетельствует о повышении в ней давления вследствие уменьшения сосудистого русла малого круга кровообращения в результате развития хронического бронхита и эмфиземы легких.
6. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. Отмечено снижение белка, повышение протромбинового индекса крови;

воспалительные проявления в мокроте. Спирометрия: снижен ОФВ₁ и индекс Тиффно.

7. Рентгенография ОГК, мультиспиральная КТ ОГК, бронхография, определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, ЭКГ, ЭХОКГ.
8. Хронический обструктивный бронхит с бронхоэктазами, обострение, эмфизема, ДН II ст., хроническое легочное сердце, декомпенсация. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, снижение ОФВ₁ и индекса Тиффно, наличие слизисто-гнойной мокроты с наличием лейкоцитов и бактерий).

Задача № 30

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота), бронхоспазма (приступы удушья с чувством затрудненного выдоха, вынужденное положение легочного ортопное, бочкообразная грудная клетка, сглажены межреберные промежутки, расширены межреберья, набухание шейных вен, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий); дыхательной недостаточности (цианоз кожных покровов, вынужденное положение легочного ортопное, участие вспомогательных мышц в дыхании, ЧД -26 в 1 мин., ослабленное везикулярное дыхание). Ведущий синдром – бронхоспазм.
2. Бронхиальная астма, экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН II ст.
3. В это время имеется контакт с аллергеном.
4. Обследование больного проводилось на фоне обострения бронхиальной астмы, явлении ситуационной эмфиземы легких.
5. Рентгенография ОГК отражает ситуационную эмфизему при обострении бронхиальной астмы.
6. Снижение ОФВ₁, индекса Тиффно и пиковой скорости выдоха.
7. Исследование ФВД при приступе с бронхолитиками, аллергологическое обследование, иммунограмму, рентгенографию придаточных пазух носа.
8. Бронхиальная астма экзогенная, средней степени тяжести, обострение. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, эозинофилия, снижение ОФВ₁, индекса Тиффно, пиковой скорости выдоха, повышение прозрачности легочной ткани, опущение диафрагмы).

Задача № 31

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота); уплотнения легочной ткани (отставание грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания, ослабление везикулярного дыхания, крепитация); дыхательной недостаточности (затруднение дыхания, увеличение частоты дыхания); плеврального раздражения (боли в грудной клетке при глубоком вдохе, шум трения плевры); инфекционно-токсический (головная боль, головокружение, повышение температуры, слабость); тахикардальный (ЧСС – 112 в 1 мин.). Ведущие - уплотнения легочной ткани и инфекционно-токсический.
2. Внебольничная крупозная пневмония, стадия разгара заболевания, ДН II ст.
3. Справа под лопаткой притупленно-тимпанический звук.
4. Возникновение крепитации обусловлено появлением в альвеолах небольшого количества жидкого секрета. Возникновение шума трения плевры обусловлено шероховатостью или сухостью плевральных листков.
5. Нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом вправо, ускорение СОЭ.
6. Справа в нижней доле массивное затемнение, однородное по плотности. Слева без инфильтративных затемнений. Синусы свободны.
7. ЭКГ, общий анализ мокроты, определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, анализ мокроты на ВК.
8. Внебольничная крупозная пневмония, стадия начала заболевания, ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, рентгенологические данные.)

Задача № 32

1. Синдромы: болевой (резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в подмышечную область, под правую лопатку и в верхнюю часть живота, кожные покровы повышенной влажности); дыхательной недостаточности (затруднение дыхания, диффузный цианоз, умеренно выраженный, отсутствие участия правой половины грудной клетки в акте дыхания, поверхностное дыхание частотой 35 в 1 мин.); пневмоторакса (увеличение правой половины грудной клетки, расширение межреберных промежутков, отсутствие участия правой половины грудной клетки в акте дыхания, появление справа коробочного звука с тимпаническим оттенком, отсутствие справа дыхания, набухшие шейные вены, смещение границ относительной тупости сердца влево и увеличение печени); тахикардальный (учащение пульса и сердечных сокращений до 116 в 1 мин.).
2. Спонтанный пневмоторакс. ДН III ст.
3. Голосовое дрожание справа не определяется.

4. Смещение границ относительной тупости сердца влево обусловлено сдавлением правого легкого, смещением средостения влево.
5. Отмечается отсутствие легочного рисунка справа, сдавление правого легкого, смещение органов средостения влево. Жидкости в плевральных синусах нет.
6. Изменений биохимического анализа крови нет.
7. Рентгенографию ОГК, плевроскопию, плевральную пункцию, ЭКГ, ЭХО-КГ.
8. Спонтанный пневмоторакс. ДН III ст.

Задача № 33

1. Синдромы: бронхиального раздражения (кашель, мокрота, жесткое дыхание); уплотнения легочной ткани (усиление голосового дрожания, притупление легочного звука, звучные мелкопузырчатые хрипы); дыхательной недостаточности (затруднение дыхания, поверхностное дыхание, увеличение его частоты); инфекционно-токсический (ознобы, повышение температуры, головная боль, головокружение, слабость). Ведущие - уплотнения легочной ткани и инфекционно-токсический.
2. Внебольничная пневмония в нижней доле справа. Острый бронхит. ДН II ст.
3. Высота стояния верхушек легких спереди и сзади, ширина полей Кренига не изменены, нижние границы легких не смещены. Отмечается расширение правого корня легкого и снижение экскурсии нижних границ легких справа сзади по лопаточной и задней подмышечной линиям.
4. Отмечается усиление бронхофонии справа в подлопаточной области.
5. Справа в нижней доле определяется участок инфильтрации легочной ткани, корни легких расширены, справа корень инфильтрирован. Синусы свободны. Изменений со стороны органов средостения нет.
6. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения, ускорение СОЭ.
7. Рентгенография органов грудной клетки, определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, ФВД, ОАМ, ЭКГ, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы.
8. Внебольничная пневмония в нижней доле справа средней. Острый бронхит. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, наличие желтой вязкой мокроты, лейкоцитоза, десквамации эпителия).

Задача № 34

1. Синдромы: уплотнения легочной ткани (затруднение дыхания, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, учащение дыхания, укорочение легочного звука и патологическое бронхиальное дыхание слева); дыхательной недостаточности (одышка, участие крыльев носа в акте дыхания, ЧД 28 в 1 мин., укорочение легочного звука, патологическое бронхиальное дыхание); раздражения плевры (боли при дыхании, покашливание); инфекционно-токсический (ознобы, повышение температуры, общая слабость, головокружение, герпетические высыпания); сосудистой недостаточности (общая слабость, головокружение, сердцебиение, снижение наполнения и напряжения лучевых артерий, снижение АД, учащение сердечных сокращений); тахикардальный (ЧСС 100 в 1 мин.). Ведущие синдромы: инфекционно-токсический, уплотнения легочной ткани, сосудистой недостаточности.
2. Крупозная пневмония нижней доли слева, тяжелое течение, осложненное сосудистой недостаточностью. ДН II ст.
3. Проявление раздражения плевры.
4. *Facies pneumoniae*.
5. Усиление голосового дрожания в подмышечной и подлопаточной областях справа.
6. Учащение ЧСС, снижение наполнения и напряжения пульса, АД, громкости I тона над верхушкой и основанием мечевидного отростка свидетельствует о токсическом воздействии инфекционного процесса на миокард и тонус периферических сосудов.
7. ЭКГ, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, рентгенографии ОГК, общего анализа мокроты, микроскопию мазка, окрашенного по Граму; определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам, исследование гемокультуры (забор двух проб венозной крови из разных вен с интервалом 30-60 минут). Исследование газов артериальной крови (PO₂, PCO₂).
8. Крупозная пневмония нижней доли слева, тяжелое течение, осложненное сосудистой недостаточностью. ДН II ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, затемнение нижней доли легких слева).

НЕФРОЛОГИЯ

Задача №1

1. Синдромы: остронефритический (отечность по глазами, уменьшение количества мочи, головные боли, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, повышение артериального давления); гипертензионный синдром (головные боли, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, повышение АД); мочевого синдром (уменьшение количества мочи, моча цвета мясных помоев); интоксикационный (головные боли, повышение температуры, слабость, недомогание). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма.
3. Выраженная гиперволемиа + АГ → увеличение нагрузка на левый желудочек – мышечный шум.
4. Гиалиновые цилиндры - слепки почечных канальцев цилиндрической формы, образуются из свернувшегося в канальцах белка и форменных элементов мочи. Выявляются при умеренной протеинурии (при острых и хронических гломерулонефритах, нефротическом синдроме и др. патологии почек, когда альбумины проходят через клубочковый фильтр). Единичные гиалиновые цилиндры появляются у здоровых лиц при физических перегрузках, дегидратации, в концентрированной кислой моче.
5. Проба Реберга – оценка функции почек, пункционная биопсия почки, белок в суточной моче, ЭКГ, УЗИ почек, рентгенография ОГК, глазное дно, консультация ЛОР-врача.
6. Незначительное повышение креатинина, общий белок на нижней границе нормы.
7. ОАК –снижение гемоглобина и эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
ОАМ – макрогематурия, гиперстенурия, протеинурия, цилиндрурия, (гиалиновые цилиндры).
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма, анемия легкой степени. ХПН I ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз крови, снижение гемоглобина, эритроцитов, ускорение СОЭ, повышение креатинина, макрогематурия, гиперстенурия, протеинурия).

Задача № 2

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружение, сердцебиения, уровень АД при осмотре); нефротический (отеки под глазами, одутловатость лица, мягкие отеки по всему телу); мочевого (моча цвета мясных помоев); почечной недостаточности (головные боли, кожный зуд, общая слабость, заторможенность больной, сухость кожных покровов); анемический (головные боли, головокружение, общая слабость, заторможенность больной, бледность кожных покровов). Ведущий – артериальной гипертензии.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия.
3. Активизация РААС, снижение онкотического давления плазмы, повышение проницаемости капилляров.
4. Активизация РААС.
5. Пульс симметричен, повышенного наполнения и напряжения.
6. ОАК: анемия нормохромная средней степени тяжести, ускорение СОЭ. ОАМ: протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия. Анализ мочи по Нечипоренко: гематурия, цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести пробу Реберга, биопсию почки, глазное дно, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек.
8. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, нормохромная анемия, ускорение СОЭ; протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия; в анализе мочи по Нечипоренко гематурия и цилиндрурия).

Задача № 3

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, боли в сердце, повышение наполнения и напряжения пульса, уровень АД); инфекционно-токсический (повышение температуры, рези в конце мочеиспускания, общая слабость); отечный (отечность лица); болевой (боли в пояснице); анемический (бледность кожных покровов). Ведущие – артериальной гипертензии и инфекционно-токсический.
2. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Хронический цистит, обострение. ХПН? Симптоматическая анемия.
3. Расширение чашечек и лоханок почек на фоне воспаления.
4. Активизация РААС.
5. Верхушечный толчок усиленный, резистентный, расширенный, смещен кнаружи от левой среднеключичной линии.

6. ОАК: снижение гемоглобина, эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
ОАМ: умеренная протеинурия, лейкоцитурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, пробу Реберга, биопсию почки, конс. окулиста – глазное дно, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек. экскреторную урографию, рентгенографию ОГК.
8. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Симптоматическая АГ 2 ст., (стадия, степень риска требуют уточнения). ХПН ? Хронический цистит, обострение. Симптоматическая анемия легкой степени.(Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; умеренная протеинурия, лейкоцитурия в ОАМ).

Задача № 4

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, тошнота, отечность лица, головные боли, мелькание мушек перед глазами, твердый пульс, повышение артериального давления, усиление верхушечного толчка моча цвета мясных помоев, уменьшена в количестве). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН?
3. Регионарные лимфоузлы при воспалительных заболеваниях глотки.
4. Увеличение ОЦК, повышение артериального давления, преимущественно диастолического.
5. Отеки различной степени выраженности в зависимости от плотности подкожной жировой клетчатки, мягкие, теплые, бледные, подвижные.
6. ОАК: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов свидетельствуют об остро возникшем нарушении фильтрации, цилиндрурия свидетельствует о нарушении уродинамики.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести пробу Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая форма». ОПН? (Предварительный клинический диагноз, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность мочи, увеличение белка и значительное количество эритроцитов в ОАМ).

Задача № 5

1. Синдромы: инфекционно-токсический (ознобы, повышение температуры, общая слабость, горячие влажные кожные покровы); артериальной гипертензии (головные боли в затылочной части головы, головокружения, сердцебиения, колющие боли в области верхушки сердца, цифры АД, усиленный, резистентный верхушечный толчок); болевой в поясничной области (боли, положительный симптом поколачивания, болезненная пальпация правой почки).
2. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 3 ст.
3. Воспаление в ЧЛС, циркуляция в крови пирогенных веществ.
4. Активизация РААС.
5. Большого наполнения, напряжения и величины, одинаковый с обеих сторон, ритмичный.
6. ОАК: анемия гипохромная легкой степени, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. ОАМ: пиурия, протеинурия, бактериурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, пробу Реберга. УЗИ почек, экскреторную урографию, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно.
8. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени. Симптоматическая анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов в ОАМ).

Задача № 6

1. Синдромы: уремический (зуд кожных покровов, сухость во рту, тошнота, рвота, понос, сухие кожные покровы, запах аммиака в выдыхаемом воздухе, наличие уремической пудры на щеках, явления сопора у больного, шум трения плевры); мочевого (микрогематурия в анамнезе, учащение мочеиспускания); гипертонический (уровень АД, акцент II тона над оартой).
2. Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма. ХПН ст?. Симптоматическая АГ 3 ст.
3. Накопление в просвете и на стенках желудка азотистых шлаков, раздражающих стенки желудка и кишечника, выделение повышенного количества секрета и усиление перистальтики.
4. Изменения кожных покровов связано с выделением азотистых шлаков потовыми и сальными железами, вследствие чего кожные покровы

становятся более сухими, шлаки покрывая кожу создают впечатление «пудры», из-за раздражения кожных покровов возникает зуд.

5. ОАК: анемия гипопластическая средней степени тяжести, тромбоцитопения, увеличение СОЭ. Б/х крови: гиперкреатининемия.
6. ОАМ: гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, провести биопсию почек.
8. Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ХПН III а ст. Симптоматическая АГ 3 степени. Вторичная анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, повышение уровня креатинина, анемия гипопластическая средней степени тяжести, увеличение СОЭ, гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия в ОАМ).

Задача № 7

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами, цифры АД); дизурический (учащенное мочеиспускание малыми порциями, режущие боли в конце мочеиспускания); инфекционно-токсический (общая слабость, повышение температуры с ознобами); болевой (в поясничной области); анемический (головокружения, мелькание мушек перед глазами, бледность кожных покровов и видимых слизистых).
2. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение, Нефроптоз справа I степени. Хронический цистит, обострение. ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст.. Симптоматическая хроническая анемия.
3. Повышение артериального давления (усиление компонентов II тона).
4. Повышение чувствительности рецепторов мочевого пузыря при цистите.
5. Верхушечный толчок локализованный, усиленный, резистентный. Пульсация во II межреберье справа от грудины. Эпигастральная пульсация, обусловленная пульсацией брюшной аорты.
6. ОАК – анемия легкой степени, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
ОАМ – умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия.
Б/х крови – в пределах нормы.
7. Анализ мочи по Нечипоренко, определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, проба Реберга, УЗИ почек, рентгенологические методы: экскреторная урография, радиоизотопное исследование: ренография и сканирование, пункционная биопсия почки, ЭКГ, ЭхоКГ.
8. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Нефроптоз I ст. Хронический цистит, обострение. ХПН 0. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. Хроническая симптоматическая гипохромная анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, анемия легкой

степени, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия в ОАМ).

Задача № 8

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, отечность лица, поясницы, стоп, голеней головные боли, сердцебиения, боли в сердце, пульс повышенного наполнения и напряжения, повышение артериального давления, моча красноватого цвета, уменьшен диурез); болевой поясничный (ноющие боли в пояснице, слабо болезненное поколачивание по пояснице). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН?
3. Растяжение почечной капсулы вследствие воспалительного процесса.
4. Увеличение ОЦК, повышение артериального давления, преимущественно диастолического.
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов свидетельствуют об остро возникшем нарушении фильтрации.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, электролитов крови, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН? (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, светло-красная моча, несколько повышена плотность мочи, протеинурия, эритроцитурия).

Задача № 9

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружения, тошнота, цифры АД, акцент II тона над аортой); нефротический (отечность лица, ног); хронической левожелудочковой недостаточности (инспираторная одышка, ослабление силы и резистентности верхушечного толчка); анемический (бледность кожных покровов, видимых слизистых). Ведущий – синдром артериальной гипертензии.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. ХПН (стадия?). ХСН IIА, ФК II. Хроническая анемия.
3. Развитие миогенной дилатации левого желудочка.
4. Границы относительной тупости сердца смещены влево, увеличен длинник и поперечник сердца. Увеличена площадь абсолютной тупости сердца.

5. Потому, что он не заполнен мочой.
6. Гипохромная анемия средней степени тяжести, ускорение СОЭ. В крови снижен белок и повышен уровень холестерина, повышен уровень креатинина и снижен процент клубочковой фильтрации, соответствующие хронической почечной недостаточности IIa. В общем анализе мочи снижена относительная плотность, протеинурия, эритроцитурия и цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна.
8. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. ХПН (стадия?). Симптоматическая хроническая гипохромная анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, гипохромная анемия средней степени тяжести, ускоренное СОЭ, снижена плотность мочи, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

Задача № 10

1. Синдромы: болевой (боли в пояснице, иррадиирующие в пах, внутреннюю поверхность бедра, болезненное поколачивание по пояснице); нефротический (пастозность лица). Ведущий – болевой синдром.
2. МКБ, вторичный пиелонефрит, обострение. ХПН (стадия?). Хроническая анемия.
3. Бледность кожных покровов свидетельствует об анемии, часто сопровождающей хронический пиелонефрит вследствие уменьшения образования эритропоэтина.
4. Характерная иррадиация при МКБ (синдром почечной колики).
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: гипохромная анемия легкой степени, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, свидетельствующие о воспалительном процессе.
ОАМ: признаки макрогематурии, увеличение белка, эритроцитов, лейкоцитов, оксалатов свидетельствуют о прохождении камешка по мочеточнику и наличии воспалительного процесса в мочевыводящих путях..
7. Исследование глюкозы, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общего белка, протеинограмму, липидограмму, пробу Реберга, исследование чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно, консультацию уролога.
8. МКБ, вторичный пиелонефрит, обострение. ХПН (стадия?). Хроническая вторичная нормохромная анемия легкой степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз; гипохромная анемия легкой степени, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, увеличение белка, эритроцитов, лейкоцитов, оксалатов в моче).

Задача № 11

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, отечность лица, туловища, рук, ног, головные боли, головокружения, сердцебиения, тошнота, повышение артериального давления, отсутствие мочи); болевой поясничный (ноющие боли в пояснице, слегка болезненное поколачивание по пояснице). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. Ренальная ОПН?
3. Активизация РААС, повышение проницаемости капилляров, падение онкотического давления.
4. Пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения и напряжения, регулярный.
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии.
Увеличение креатинина и мочевины крови.
7. Исследование билирубина, его фракций, трансаминаз, глюкозы, общего белка крови, протеинограммы, электролитов крови, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. Ренальная ОПН. (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, светло-красная моча, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, повышение мочевины и креатинина крови).

Задача № 12

1. Синдромы: нефротический (слабость, отечность лица, головные боли, сердцебиения, повышенное наполнение пульса); болевой поясничный (слегка болезненное поколачивание по пояснице); интоксикационный (слабость, повышение температуры). Ведущий – нефротический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, нефротическая форма. Ренальная ОПН?
3. Недостаточная активизация РААС.
4. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.
5. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, незначительного повышения плотности мочи, протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии.
6. Незначительное увеличение креатинина и мочевины крови, снижение общего белка и повышение уровня холестерина.
7. Исследование электролитов крови, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, исследование глазного дна, консультация ЛОР - врача.

8. Острый гломерулонефрит, бисиндромная форма (мочевой синдром + нефротический). Ренальная ОПН 0-1 ст. (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, макрогематурия, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, повышение мочевины и креатинина крови).

Задача № 13

1. Синдромы: уремический (сухость во рту, изжога, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы, кожный зуд, общая слабость, снижение работоспособности, вялость больной, «припудренность» плеч, следы расчесов, запах аммиака в выдыхаемом воздухе); артериальной гипертензии (цифры АД, ослабление I тона над верхушкой, акцент II тона над аортой); анемический (общая слабость, вялость, апатичность, бледность кожных покровов и видимых слизистых).
2. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН ст? Симптоматическая анемия.
3. Выделение азотистых шлаков.
4. Уменьшение раздражения желудка вследствие удаления азотистых шлаков.
5. Шум трения плевры.
6. Повышение уровня мочевины, креатинина и холестерина, снижение общего белка.
7. Исследование электролитов крови, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, исследование глазного дна, консультация ЛОР – врача.
8. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН IIIA ст. Симптоматическая нормохромная анемия средней степени тяжести. Симптоматическая тромбоцитопения. (Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитоз, ускорение СОЭ; снижение общего белка, увеличение уровня мочевины, креатинина, холестерина, снижение относительной плотности мочи, появление в моче белка и лейкоцитов).

Задача № 14

1. Артериальной гипертензии (головные боли, головокружение, шум в ушах, АД 155/105 мм рт.ст., ослабление I тона над точкой выслушивания митрального клапана); интоксикационный (повышение температуры с ознобами, общая слабость); мочевого (рези в конце мочеиспускания, учащенное мочеиспускание); болевой (боли в пояснице, положительный симптом поколачивания по пояснице); анемический (головные боли, головокружение, бледность кожных покровов и видимых слизистых, учащение сердечных сокращений); отечный (отеки под глазами, на

пояснице); тахикардальный (учащение сердечных сокращения до 100 уд/мин). Ведущие – интоксикационный и артериальной гипертензии.

2. Хронический двухсторонний пиелонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия, степень тяжести?
3. Пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения и напряжения, учащен, стенка артерии вне пульсовой волны не изменена.
4. Гипертрофия левого желудочка.
5. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения, ускорение СОЭ.
6. Косвенные признаки хронического пиелонефрита.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, общий белок, протеинограмму электролиты крови, липидограмму, пробу Реберга, определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко; ЭхоКГ, глазное дно.
8. Хронический двухсторонний пиелонефрит, смешанная форма, обострение. ХПН (стадия).? Симптоматическая анемия легкой степени тяжести. Симптоматическая тромбоцитопения. (Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; появление в моче белка, лейкоцитов, бактерий; деформация чашечно-лоханочного комплекса; гипертрофия левого желудочка).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум: учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. / Ивашкин В.Т., Султанов В.К., Драпкина О.М. – М.: Литтера, 2007.
2. Краткое руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней т. I, 2006.
3. Краткое руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней т. II, 2006.
4. Латфуллин И.Л., Подачкин А.А. Основы диагностики заболеваний органов дыхания: учебник для студентов медицинских вузов. М.: МЕД-информ, 2008.
5. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: ГЭОТАР –МЕД, 2007.
6. Мухин Н.А. и др. Диагностика и лечение почек. /Рук. для врачей. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2008.
7. Общая врачебная практика (семейная медицина): методическое пособие по реализации образовательного стандарта в системе менеджмента качества. – М. ФГОУ «ВНУМЦ Росздрава», 2007.
8. Панкова Е.Н. и др., О чем говорят анализы? – Ростов на дону, Феникс, 2008.
9. Практикум по пропедевтике внутренних болезней: учебное пособие для медицинских вузов. /Под редакцией Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2008.
10. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: Учеб. пос. /Под ред. Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. М.: ГОЭТАР-МЕД, 2008.
11. Скотт Стерн, Адам Сайру, Дайн Олткорн. От симптома к диагнозу: Рук. для врачей.: Пер. с англ., М.: ГОЭТАР-МЕД, 2008.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Учебное издание

Раскина Татьяна Алексеевна
Шелихов Валентин Григорьевич
Вавилов Александр Михайлович
Протасова Татьяна Вячеславовна

**ЧАСТНАЯ ПРОПЕДЕВТИКА. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО
ПУЛЬМОНОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ**

Разработка макета – Протасова Т.В.
Ответственный редактор – Протасова Т.В.

Подписано в печать 24.11.2011.
Тираж 20 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 5,3.

Отпечатано с готового авторского макета
ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.
www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml